I 11062

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '80

EDITURA MEDICALĂ

ALMANAHUL sănătății '80

AU COLABORAT:

CONF. DR. **Gh. BADIU**, CONF. DR. **M. BARNEA**, DR. **ELENA BARNEA**, CONF. DR. **AL. BĂDĂNOIU**, DR. **EMILIA BEJAN**, DR. **L. BEJAN**, PROF. DR. DOC. **ȘT. BERCEANU**, ING. **V. BERCUȘ**, **C. I. BERCUȘ**, DR. **C. BOGDAN**, DR. **R. BONESCU**, DR. **G. BRĂTESCU**, DR. **GH. BUCUR**, PROF. DR. DOC. **D. BURLUI**, DR. **VERONICA CĂRUNTU**, DR. **B. CÂRSTOCEA**, PROF. DR. **D. CINCĂ**, **A. CIURUNGA**, DR. **C. COLONAȘ**, DR. **FL. COLONAȘ**, FARM. **LUDMILA COSMOVICI**, DR. **E. COSTINER**, CONF. DR. DOC. **M. COTRĂU**, DR. **N. CRĂNGULESCU**, DR. **N. CRIȘAN**, DR. **D. J. DIACONU**, DR. **AL. DOBRE**, CONF. DR. **C. DUMITRESCU**, DR. **C. ENĂCHESCU**, DR. DOC. **Z. FILIPESCU**, **TR. GĂRDUȘ**, DR. **GH. M. GHEORGHE**, **LUCIA GHEORGHIU**, CONF. DR. DOC. **B. GHEORGHESCU**, DR. DOC. **I. GHERMAN**, PROF. DR. DOC. **I. HAULICĂ**, CONF. DR. **AL. IOAN**, DR. **I. JOCU**, **T. MARICARU**, DR. **C. MAXIMILIAN**, **C. MAZILU**, DR. **VL. MIHĂILESCU**, DR. **ȘT. MILICESCU**, CONF. DR. **GH. MOGOȘ**, ING. **S. MORARU**, DR. **GEORGETA NESTOR**, PROF. DR. **R. NESTOR**, DR. **ST. NICOARĂ**, PROF. DR. **M. OLTEANU**, DR. **R. OZUN**, DR. **M. PASCU**, **ȘARI PENCIU**, PROC. **A. PÎRVULESCU**, **V. D. POPA**, DR. **EM. POPESCU**, DR. **OCT. POPESCU**, CONF. DR. **P. POPESCU**, PROF. DR. DOC. **VAL. POPESCU**, DR. **G. RUSSO**, DR. **D. SDROBICI A. STOICA**, DR. **MARIETA STOICESCU**, **P. ȘTEFĂNESCU**, PROF. DR. DOC. **I. ȘUTEU**, PROF. DR. **GH. TĂNĂSESCU**, **G. TEODORESCU**, PROF. DR. DOC. **OCT. TROIANESCU**, DR. **V. VEVERA**, PROF. DR. DOC. **M. VOICULESCU**, **I. VULPESCU**, **GH. ZARAFU**, FARM. **L. ZISU**, DR. **C. DANIEL**.

Redactor – Lucia Gheorghiu
Secretar de redacție – Floarea Nița

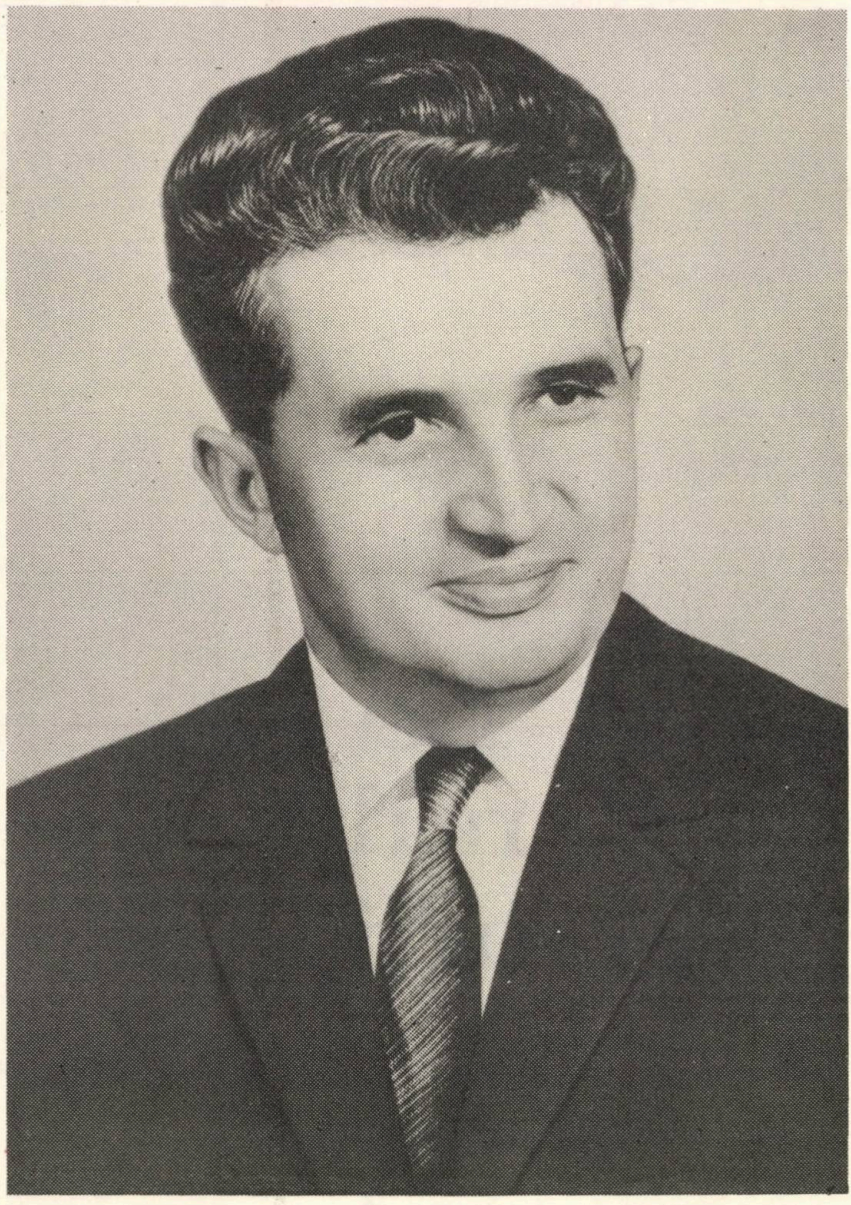
Coli tipar – 12
Tiraj – 50 090 (50 000 + 90 S.P.)
Bun de tipar la 25.09.1979

Combinatul poligrafic „Casa Scînteii"
București, Piața Scînteii 1

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI

I 11062

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU



TOVARĂȘUL NICOLAE CEAUȘESCU,

secretar general al Partidului Comunist Român,
președintele Republicii Socialiste România

2022

32 575

La
mulți
ani !
EDM

editorial'80

Mutatis mutandis*

Într-o deplină și indestructibilă concordanță cu obiectivele majore ale societății noi socialiste, omul, bunăstarea materială, spirituală și păstrarea îndelungată a capacității lui de muncă alcătuiesc esența politicii Partidului Comunist Român, înțelepciunea vizionară cu care el acționează, de la etapă la etapă, pentru înflorirea și măreția națiunii noastre socialiste.

Prima Lege a sănătății din România tuturor timpurilor, dezbătută și aprobată de întregul popor în 1978, exprimă puternic realitățile de astăzi, umanismul revoluționar al politicii partidului și statului nostru, înscriindu-se în ansamblul general al măsurilor menite să asigure pentru fiecare cetățean al patriei – de la mic la mare – o stare de sănătate cît mai bună. Acestui scop, în contextul fără precedent al dezvoltării economiei și culturii, îi este consacrat și marșul triumfal pe care îl trăim, an de an, în perfecționarea bazei materiale, în sporirea numărului de cadre de specialitate, în ridicarea nivelului tehnico-profesional al personalului sanitar – condiții obligatorii care determină o nouă calitate a vieții.

Sănătatea și calitatea vieții sînt inseparabile și fac parte din obiectivele imediate, stabilite de partid în actuala etapă istorică pe care o parcurgem. O nouă calitate a vieții nu este numai un deziderat, ci un cuvînt de ordine, o necesitate pe care o impune viața însăși, este acumularea eforturilor care s-au făcut în acești peste 35 de ani de la marea cotitură de la 23 August 1944 și reflectă pe deplin strategiile Congresului al XII-lea al partidului. O nouă calitate a vieții nu este o noțiune abstractă, ci consecința firească a bazei materiale și a cadrelor de care dispunem azi. Sîntem în perioada în care toți cetățenii și, în primul rînd, noi – cei care apărăm sănătatea – avem mai mult ca oricînd misiunea să acționăm cu fermitate și în conformitate cu nevoile oamenilor, ale întregii societăți, pentru o viață tot mai bună. A crescut și crește răspunderea fiecăruia în parte.

Mutatis mutandis, adică „schimbînd ce trebuie schimbat" în mentalitatea fiecăruia și înlăturînd curajos lipsurile, reprezintă imperativul care trebuie să pătrundă în fiecare conștiință medicală, mai ales că trecerea de la cantitate la calitate impune schimbarea pe care viața nu o mai poate amîna și pe care o cere insistent. Se impune această schimbare în modul nostru de a gîndi și de a munci, de a ne comporta la locul de muncă, acasă sau pe stradă. Pe întreg cuprinsul țării se fac eforturi uriașe pentru continua dezvoltare și modernizare a activității de asistență medicală ; rețeaua unităților sanitare s-a extins și diversificat, pe baza principiului înscris în Lege, acela al „teritorializării", pentru a se asigura o largă accesibilitate la asistența medicală pentru toți cetățenii patriei.

Volumul investițiilor destinate sănătății a cunoscut o dezvoltare continuă. Acesta a crescut de la aproximativ un miliard, cît era în cincinalul 1951–1955, la peste 10 miliarde lei în perioada ultimului cincinal (1976–1980). Este concludentă această creștere, iar dacă facem o analiză a evoluției investițiilor comparativ cu o evaluare a numărului de paturi, situația ne apare și mai clară. Acestea au sporit de la două paturi/1000 locuitori – cîte erau în 1938 – la peste 9 paturi la finele anului 1979. Chiar și numai aceste date ne obligă să reflectăm la calitatea muncii pe care o prestăm și de care depinde calitatea vieții. Însuși faptul că asistența ambulatorie – forma cea mai accesibilă și mai operativă de asistență medicală – s-a dezvoltat permanent, cere din partea noastră găsirea și aplicarea de noi soluții organizatorice, forme superioare de pregătire și activitate.

Acum, în preajma Congresului al XII-lea,

* Schimbînd ce trebuie schimbat.

editorial'80

în România sînt aproape 6 000 de dispensare medicale teritoriale, față de numai aproximativ 1 200 cît erau în 1938 și aproape 1 500 de dispensare de întreprinderi și platforme industriale, față de 30 asemenea unități tot în anul 1938, considerat an de referință, reprezentativ al perioadei antebelice. În mod corespunzător s-au dezvoltat și dispensarele-policlinici, care au crescut în aceeași perioadă de peste 12 ori, iar locurile în creșe de aproape 30 de ori.

Este grăitor faptul că față de 8 200 de medici și cca 1 300 de farmaciști cîți au fost în 1938, lucrează astăzi în țara noastră aproape 38 000 de medici (inclusiv stomatologi), peste 6 000 de farmaciști, iar numărul cadrelor sanitare cu pregătire medie a ajuns la peste 131 000, fiind de aproape 13 ori mai mare.

Aceste date privind baza materială și de cadre destinate ocrotirii sănătății și de care beneficiază toți fiii patriei a impus și impune perfecționarea calității muncii, a activității fiecărei unități în parte, a fiecărui om care slujește cu inima și mintea, cu întreaga sa capacitate nobila misiune a medicinii dintotdeauna, aceea de prevenire a bolilor, în primul rînd.

Însăși prevenirea îmbolnăvirilor, care a însoțit dintotdeauna practica medicală, a devenit o realitate pregnantă în zilele noastre, cînd, în condițiile eforturilor care s-au făcut și ale realizărilor obținute pentru ca omul să trăiască mai bine, medicina și-a recăpătat menirea ei fundamentală, definită și în jurămîntul hipocratic, aceea de a sluji, în primul rînd, pe omul sănătos. Dealtfel, această înfăptuire a fost posibilă grație politicii partidului nostru, care a făcut și face totul pentru ca omul să fie ceea ce este : făuritorul și beneficiarul tuturor bunurilor materiale, constructorul viitorului de mîine al țării, al poporului român, care de milenii a luptat pentru o patrie liberă și înfloritoare.

Tocmai de aceea, etapa actuală impune aplicarea prioritară de pograme complexe de prevenire și combatere a principalelor afecțiuni și, concomitent, luarea celor mai bune măsuri organizatorice pentru perfecționarea accesului neîngrădit al tuturor oamenilor la asistența medicală. Paralel cu toate aceste acțiuni, de o stringentă actualitate este și modernizarea mijloacelor de diagnostic și tratament, crearea condițiilor optimale privind recuperarea capacității de muncă, diminuarea masivă a factorilor de risc care mai produc boala. Aceste cerințe, către care trebuie îndreptate toate eforturile, presupun o corectă utilizare a bazei materiale și a cadrelor, o preocupare continuă a personalului sanitar pentru stimularea gîndirii creatoare, a spiritului de răspundere față de gospodărirea judicioasă a tuturor mijloacelor de care dispunem.

Dacă astăzi spunem răspicat că evoluția principalilor indicatori ai sănătății populației se înscrie pe o curbă mereu ascendentă, aceasta este rezultatul firesc al realizărilor pe tărîm economico-social, al progresului social general, al nivelului de cultură, al universului spiritual lărgit al tuturor celor ce muncesc.

Este îmbucurător să consemnăm, la cumpăna dintre ani, și mai ales la început de drum, cînd aplicăm istoricele hotărîri ale Congresului al XII-lea, că scăderea mortalității generale la jumătate față de anul 1938 este un mare succes, după cum pot fi consemnați și alți indicatori mult ameliorați în această perioadă bogată în realizări, pe care le-a înregistrat poporul nostru sub conducerea partidului. Afirmăm cu satisfacție că a avut loc o reducere impresionantă a deceselor la copiii pînă la un an, de aproape șase ori față de perioada dinainte de război, că bolile transmisibile, care altădată făceau ravagii, cum sînt : malaria, tifosul exantematic, febra recurentă, poliomielita, difteria etc. sînt în parte eradicate sau în curs de eradicare. Dar această stare este efectul implacabil al creșterii nivelului de trai material și cultural al populației, la care se adaugă, fără îndoială, și eforturile personalului sanitar. Dar dacă tuberculoza a încetat să mai fie o boală cu largă răspîndire în masă, dispărînd spectrul sumbru al acestui teribil flagel din viața satelor sărace și din orașele mizere de altădată, nu putem să nu semnalăm că principiul pe care noi astăzi îl promovăm cu entuziasm și în medicină – trecerea de la cantitate la calitate – presupune sădirea în conștiința tuturor oamenilor muncii din sectorul sanitar atît de devotament și dăruire, cît și de pregătire continuă, spirit de abnegație, dragoste de oameni și de țară, o atitudine

fermă, intransigentă față de tot ceea ce mai poate fi dăunător sau retrograd în domeniul nostru de activitate.

Am influențat și media de viață care astăzi, în România, este de 70 de ani, față de 42 de ani cît era înaintea celui de-al II-lea război mondial, dar trecerea spre o nouă calitate a vieții presupune o incomparabilă pregătire profesională, o schimbare esențială în modul nostru de a trăi și munci, conștiința necesității de a fi tot timpul – ziua și noaptea – oriunde este nevoie de noi, presupune o luptă permanentă pentru ca medicina să slujească omul, societatea, să dispară treptat piedestalele false, turnurile de fildeș pe care și le mai clădesc ireal unii. Dealtfel, tovarășul Nicolae Ceaușescu în chemarea pe care a adresat-o în luna septembrie tuturor oamenilor muncii, inclusiv celor din sectorul sanitar, cere ca munca fiecăruia din noi să se măsoare prin eficiența pe plan social, să reprezinte preludiul actelor de eroism de care trebuie să dăm dovadă în orice clipă și care constituie dealtfel deviza celor ce muncesc în sectorul sanitar. Nu este vorba de eroi care apar după războaie, ci de eroi activi, mereu în primele rînduri, acolo unde se dă lupta crîncenă între viață și moarte, zi și noapte, acolo unde se înfruntă setea de viață cu organismul neputincios în fața agresiunii bolii și, mai ales, acolo unde clipă de clipă trebuie să înfruntăm toate acele cauze care – din nefericire – mai mențin pericolul îmbolnăvirii.

Profesiunea medicală are nu numai misiunea de a apăra sănătatea și vigoarea poporului, ci ea are, în același timp, și menirea unui permanent instrument de cultură și educație, de bunăstare și civilizație. Aceasta cere imperios o pregătire complexă a medicului, o pregătire pe măsura marilor probleme pe care le ridică menținerea și păstrarea sănătății. Imensa majoritate a personalului sanitar are o atitudine înaintată față de muncă și de viață, față de societate și de semeni, dezaprobînd faptele retrograde ale unora.

Sîntem martorii unor eforturi legendare care se fac de către clasa muncitoare sub conducerea partidului, eforturi care conțin în finalizarea lor și realizări tot mai importante în domeniul sanitar. Ca participanți activi la evenimentele revoluționare, care au schimbat și schimbă fața lumii, medicul trăiește în intimitatea acestui proces și nu-i este permis să păteze albul imaculat care îi onorează și aureolează profesia. Nu există decît o singură cale ireversibilă : muncă, competență și dragoste față de oameni. Fără aceste trăsături, medicul nu poate fi om, iar fără aceste însușiri nici un om nu poate fi medic adevărat.

Directivele Congresului al XII-lea al partidului deschid noi și importante perspective pentru perfecționarea mijloacelor de apărare a sănătății oamenilor muncii, a întregului popor, creează obligații în plus pentru cei care acționează în acest domeniu de promovare a sănătății, valorificînd la un nivel superior întregul potențial material și uman.

În domeniul nostru de activitate, ca dealtfel în toate sectoarele, progresul nu poate fi simțit și mai ales determinant dacă nu se introduc rapid, în practică, cele mai avansate cuceriri ale științei și tehnologiei. Tributară pînă în prezent, cercetarea științifică medicală are răspunderea de a dezvolta creația științifică originală la nivelul celor mai de seamă realizări pe plan mondial. În toată lumea, știința și tehnologia au devenit factori de progres de prim rang, împingînd societatea înainte și punînd noi temelii civilizației și progresului. Mutațiile care s-au produs în toate sferele de activitate impun și în domeniul medical transformări esențiale.

Cadrul organizatoric creat prin integrarea învățămîntului cu cercetarea și asistența medicală trebuie să imprime cercetării științifice medicale găsirea celor mai eficace mijloace de apărare și de refacere a sănătății oamenilor muncii, de ocrotire a mamei, copilului și tineretului, de aprofundare și elucidare a fenomenelor biologice legate de adaptarea omului la viața modernă, de aflare a unor temeinice și durabile modalități de prelungire a duratei de viață activă.

Pentru prima dată avem un Program-directivă de cercetare științifică, dezvoltare tehnologică și de introducere a progresului tehnic pe perioada 1981–1990, precum și direcțiile principale pînă în anul 2000, adoptate de cel mai înalt for al partidului – Congresul. Pe baza acestui Program-directivă, obiectivul fundamental al cercetării medicale

„trebuie să-l constituie menținerea și întărirea sănătății fizice și intelectuale a tuturor cetățenilor patriei, prelungirea duratei vieții active, dezvoltarea viguroasă a omului, a întregului nostru popor". Este adevărat că medicina contemporană se confruntă cu probleme legate de civilizația modernă, printre care figurează, în primul rînd, bolile cardiovasculare și accidentele de circulație. Iată motivul pentru care cercetarea științifică trebuie să găsească mijloacele, căile și soluțiile cele mai eficiente de prevenire și combatere a acestora, bazate pe cele mai noi cuceriri ale științei, ale gîndirii umane avansate.

Față de tendința generală de creștere a bolilor cronice (cardiovasculare, cancer etc.), apare ca o necesitate elaborarea și aplicarea colectivă, cu maximă responsabilitate, a programelor de sănătate, cercetarea atentă a factorilor de risc, cu precădere a celor legați de nutriția irațională, găsirea mijloacelor educative pentru combaterea abuzului în domeniul alimentar.

Diversificarea sortimentelor de medicamente și aparate medicale, realizarea de noi agenți terapeutici în țara noastră, cer eforturi conjugate din partea Ministerului Sănătății, a Academiei de Științe Medicale, a institutelor de cercetare și învățămînt medical pentru : utilizarea intensivă și pe scară largă a factorilor naturali de cură din țara noastră, modernizarea și standardizarea treptată a metodelor folosite în cercetare, tipizarea aparaturii, metodologii unice de terapie, de tehnici chirurgicale etc.

Directivele Congresului al XII-lea împreună cu Programul-directivă privind cercetarea științifică în următorul deceniu pun în fața medicinii, a întregului personal, sarcini de mare răspundere privind protecția organismului uman și a colectivităților, protecția severă a apei, aerului și solului, combaterea unor influențe negative ale urbanizării, zgomotului, vibrațiilor etc. În același timp, se vor intensifica eforturile pentru identificarea și evaluarea factorilor care influențează reproducerea umană, sterilitatea și fertilitatea. Aceste sarcini care decurg din istoricul congres cer din partea noastră, a tuturor, o participare activă pentru făurirea unei noi calități a muncii și a vieții, proces în care

editorial'80

sîntem cu toții angajați și obligați să înfăptuim sau să învățăm ceea ce poate astăzi încă nu știm sau știm prea puțin.

Orientînd activitatea și acțiunile noastre către medicina omului sănătos, se vor realiza deziderateie la care aspiră cu îndreptățită ardoare cei care muncesc. Medicina omului sănătos este fundamentală pentru o nouă calitate a vieții și este decisivă acum, cînd toate acțiunile noastre au în obiectiv ca toți oamenii să trăiască mai bine și mai mult.

Sîntem la răscrucea marilor răspunderi care ne revin ; sîntem la început de drum, drum în care trebuie să dispară improvizația și munca de rutină. Sîntem la începutul unui drum unde trebuie să punem suflet în tot ceea ce facem. În noi se întîlnesc toate aspirațiile celor bolnavi, pentru că în noi a investit societatea priceperea și răspunderea de a o sluji cu credință și devotament. Și dacă noi toți vom ști să tragem concluziile necesare din tot ceea ce s-a realizat pînă în prezent în medicină, succesul pentru promovarea largă a sănătății va fi asigurat cu mult mai devreme.

„În societatea noastră socialistă grija pentru sănătatea populației constituie o preocupare centrală a partidului și statului, o latură importantă a procesului multilateral de dezvoltare și înflorire a întregii națiuni" — se menționează în Directivele C.C. al P.C.R. cu privire la îmbunătățirea asistenței medicale, încă din anul 1969. Dacă am făcut sau nu totul pentru a traduce exact în viață acest țel fundamental al partidului nostru nu este o chestiune de timp ; avem totul la îndemînă și totul depinde de noi, de conștiința noastră, de dimensiunea dragostei pe care o purtăm pentru oameni, pentru patria noastră socialistă.

Dr. *RADU OZUN*
Medic primar cardiolog,
directorul Direcției asistenței medicale din
Ministerul Sănătății.

IANUARIE

Prima lună a anului, „Ghenarul", soseşte odată cu urările de „la mulţi ani", sănătate, fericire şi prosperitate. Întreaga natură este îmbrăcată în mantie albă, aerul este curat şi îmbietor, răspîndind în jur un miros de prospeţime. Şi totuşi luna lui Gerilă aduce mase de aer polar, care de regulă intră în contradicţie cu cel continental, creînd viscole şi vreme de zloată, urmate de zile geroase. Unele zile sînt marcate de rafalele puternice ale Crivăţului, în timp ce altele sînt mai liniştite, cu raze palide de soare, ceva mai „mîngîietoare". Trecerile acestea bruşte de temperatură, cu schimbări de umiditate, sînt neplăcute şi nesănătoase, motiv pentru care atenţionăm pe bolnavii bronşitici cronici şi cardiaci. Aceştia, ca şi cei cu sensibilitate faringo-laringiană, precum şi debilii — copiii mici, vîrstnicii — trebuie să evite contactul brusc cu frigul şi umezeala ; de asemenea, femeile gravide şi cei ce suferă de lombosciatică. Se va evita respiraţia pe gură pentru considerentele amintite. Alimentaţia va fi variată în calorii şi vitamine, fără a depăşi normalul.

Pentru cei sănătoşi, recomandăm plimbări în

aer liber, bătăi cu zăpadă şi mişcare, în zilele fără viscol.

Afecţiunile lunii : bronşite, pneumonii, gripă, amigdalite, degerături, otite.

FEBRUARIE

Privită cu suspiciune datorită inconsecvenţei situaţiei atmosferice, „Făurarul" este luna care aduce mereu surprize.

În prima sa parte, iarna este în toi, cu zile reci şi viscolite, cu nopţi senine, dar extrem de geroase, iar în cea de a doua, masele de aer rece polar sînt întrepătrunse de curenţi de aer ceva mai cald, făcînd să se simtă primele „încălzeri" între iarnă şi primăvară. Tocmai aceste stări de lucruri ne fac să atenţionăm mai mult pe cei reumatici cronici, pe pulmonari, pe cei cu tulburări de circulaţie periferică, pe migrenoşi, pe cei suferinzi de hipertensiune arterială şi diabet. Organismele acestora sînt mai sensibile şi mai puţin pregătite pentru înfruntarea cu factorii meteorologici. De aceea şi recomandările noastre pledează pentru a rămîne scurt timp afară, bine îmbrăcaţi.

Alimentaţia va ţine seama, în primul rînd, de afecţiunea de bază şi apoi de anotimp. Şi dacă iarna avem nevoie de calorii ceva mai multe, ele nu trebuie să depăşească numărul necesar şi nu trebuie să provină numai din lipide (grăsimi) şi glucide (zaharuri).

Pentru cei mai puţin suferinzi şi în special pentru tineret, patinajul, schiurile şi săniuşul sînt binevenite, în scopul întăririi capacităţii de apărare a organismului.

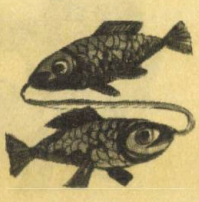
Afecţiunile lunii : traheobronşite, bronhopneumonii, sinuzite, laringite, poliartrite pe fond reumatismal etc.

MARTIE

Printre norii zdrenţuiţi ce se fugăresc pe bolta sinilie, un soare palid atinge cu degete timide case, pomi şi oameni. Adierile unui vînt călduţ trezesc întreaga natură, după ce în prealabil au trimis ghiocei mesageri. Chiar şi cei care o iarnă întreagă au suferit din cauza atmosferei mai reci şi a zăpezii, bolnavii cronici, se bucură de luna lui „Mărţişor".

Totuşi, un pic de prudenţă nu strică pentru astmatici şi cardiaci, precum şi pentru nou-născuţii în această lună.

Trufandale ca : spanac, ştevie, urzici, salată verde etc. stau la dispoziţia tuturor, ca cea mai veritabilă sursă de vitamine. Să profităm deci din plin de ele.



Afecţiunile lunii : bronşitele cronice guturaiul, infarctul miocardic, oreionul, pojarul, precum şi alte boli ale copilăriei.

APRILIE

Şăgalnicul „Prier" se hîrjoneşte la sînul firii. Păsările cîntă, pomii mai toţi sînt înfloriţi, iar în

grădini mii de flori stau să se dezvelească. De la firul de iarbă atît de sfios şi pînă la falnicul stejar, întreaga natură tresaltă sub „vraja" renaşterii, ceea ce îţi insuflă încrederea că iarna s-a dus de mult. Temperatura înregistrează salturi însemnate, iar prezenţa unor vînturi încă răcoroase, venite de pe întinderile euro-asiatice, mai fac necazuri persoanelor cu sistemul nervos excitabil, cît şi celor cu astm. În general, luna aceasta este tipică pentru cei cu astenie nervoasă, anemie prin lipsă de fier, pentru cei cu stări migrenoase, ulceroşilor şi diskineticilor biliari.

De fapt, cam acestea sînt socotite ca afecţiuni ale lunii. Desigur că plimbările şi mişcarea în aer liber, reconsiderarea alimentaţiei, în sensul îmbogăţirii ei cu vitamine naturale şi săruri minerale, împreună cu un control medical general, ne vor scuti de multe neplăceri.

MAI

Lumină, nectar de flori, voie bună şi multă dragoste de viaţă în luna lui „Florar". „Întreaga natură este pensulată în zeci de culori şi inimile parcă bat mai cu putere şi totul ni se pare frumos şi tineresc" — spune Sadoveanu. Renăscută, ea ne atrage să recoltăm plante medicinale : pătlagină, muşeţel, cruşin, luminărică, cimbrişor etc. Frumuseţea anotimpului ne îndeamnă la plimbări — indiferent de vîrstă — şi la cît mai multă mişcare. Este timpul să înlăturăm kilogramele căpătate în plus în cursul iernii, participînd la diverse acţiuni de înfrumuseţare şi salubritate a localităţii noastre. Plantatul florilor, săditul unor pomi, curăţarea şi ornamentarea unor alei şi parcuri, precum şi multe alte asemenea deprinderi sînt minunate mijloace de întărire a sănătăţii organismului atît pentru tineri, cît şi pentru vîrstnici.

Facem totuşi şi unele precizări : această lună intensifică simptomatologia bolnavilor astmatici, cardiacilor şi hepaticilor decompensaţi.

De fapt, cam acestea ar putea fi socotite şi bolile lunii, la care am mai adăuga : conjunctivita, guturaiul alergic, pojarul şi unele eczeme.

IUNIE

Astrul solar revarsă torente de căldură şi lumină peste natura dospită de rod, făcîndu-i pe

oamenii lui „Cireşar" mai încrezători în forţele şi realizările lor. Zile ploioase, cu ploi scurte, calde şi repezi, schimbă uneori ritualul estival. Sub aspect meteorologic, pulsaţiile aerului oceanic nu sînt mai scăzute decît în „luna poeziei". Aceasta face ca, odată transportate peste un sol încălzit deja, temperatura să fie suficient de caldă. Desigur că unele precipitaţii ce se ivesc în această lună nu pun probleme nici celor aflaţi pe litoral sau în alte staţiuni, datorită caracterului lor trecător. În ceea ce priveşte recomandările noastre, acestea au în vedere pregătirea celor ce merg să facă plajă, în sensul prevenirii arsurilor şi insolaţiei. De asemenea, recomandăm controlul medical înainte de plecarea în concedii şi respectarea prescripţiilor medicale. Atenţie ! Hipertensivii, nevroticii, cei cu afecţiuni pulmonare au contraindicată marea.

Afecţiunile lunii : enterocolitele acute, dizenteriile, herpesul, verminozele intestinale etc.

IULIE

Zile de „Cuptor". Termometrul arată la umbră 33° Celsius. Pămîntul stă adumbrit de desişul pădurilor, munţii îşi conturează silueta sub bolta sinilie, în timp ce marea te îmbie cu murmurul valurilor înspumate.

Vacanţa este în toi, oamenii căutîndu-şi odihna şi recuperarea energiei, fie la munte, fie la mare. Cei mai mulţi doresc marea pentru plajă şi înot, în timp ce cutezătorii de toate vîrstele merg în drumeţie. Frontul de aer oceanic care s-a făcut simţit în ultimii ani, cu furtuni însoţite de descărcări electrice, face ca în cursul lunii să avem şi zile ploioase, ceea ce necesită un grad de prudenţă din partea noastră. Şi totuşi este vară, cînd trebuie să ne reamintim de posibilitatea unei insolaţii, datorită expunerilor neraţionale la soare, de apariţia unor toxiinfecţii alimentare (atragem atenţia asupra consumului de alimente numai proaspete sau păstrate la rece), de apariţia faringitelor, datorate îngerării de lichide reci şi a

diareelor. Aşadar, bolile cele mai frecvente ale acestei luni sînt: faringitele, laringitele, enterocolitele, insolaţiile etc.

AUGUST

Luna cea mai îndrăgită a anului, „Gustarul", a însemnat pentru toţi simbolul libertăţii şi mîndriei

naţionale, tăria şi izbînda a tot ceea ce este românesc. Lună plină de vară, cu rod din belşug, cu flori, pomi şi natură multicoloră, cu mii şi zeci de mii de turişti de pretutindeni, de peste mări şi ţări, veniţi în cea mai frumoasă, bogată şi ospitalieră ţară, să se recreeze şi să admire frumuseţile româneşti. Din punct de vedere medical, este luna cea mai propice de odihnă şi tratament, de drumeţie şi recuperare a stării de sănătate, poate şi pentru faptul că cerul este mai senin ca niciodată, aerul mai cald şi mai îmbietor, natura mai blîndă şi mai primitoare. Este luna cînd se culeg plante medicinale ca: mușeţelul, roinița, traista ciobanului, merişorul, ca şi afinele, cimbrişorul şi feriga. August este luna băilor şi curelor hidrominerale, a regimurilor de crudităţi, de salate şi fructe, a reînnoirii organismului. Să profităm din plin de ea!

SEPTEMBRIE

Luna lui „Răpciune" în care, pe blana caldă a pămîntului, se revarsă parcă toate „comorile" unui an de muncă şi efort. Fructele care au mustit în taină seva stau înşirate ca mici depozite de calorii şi energie, oferind omului tot ceea ce a putut înmagazina în fiinţa lor. „O risipă de avuţie calorică, vitaminică şi de sănătate, ne stă la-ndemînă" — spunea marele nostru specialist în igiena alimentaţiei, dr. Iancu Gonţea. Profitînd de o lună caracterizată din punct de vedere meteorologic printr-o stabilitate atmosferică — mai ales în zonele deluroase şi de munte — cu precipitaţii foarte reduse, atît omul sănătos, cît şi suferinzii renali îşi pot menţine şi întări starea de sănătate, făcînd apel la bogăţia de vitamine naturale şi săruri minerale, prezente în fructele şi legumele lunii. Căci ce poate fi mai bună decît o cură de diureză de struguri şi de pepeni?

Referitor la bolile acestei luni, avînd în vedere că ea coincide şi cu începerea anului şcolar, acestea afectează în special copiii: este vorba de po-

jar şi scarlatină. Uneori, sînt prezente şi unele tulburări şi intoxicaţii, cauzate de prostul obicei de a nu spăla fructele şi legumele înainte de consum.

OCTOMBRIE

Sîntem în mijlocul toamnei sau în luna lui „Brumărel", cu cer plumburiu şi posomorît, cu

frunze uscate şi ruginii ce scîncesc jalnic sub tălpi, iar în văzduh, miros de prună dospită, pîine caldă şi cărbune.

Octombrie este luna de toamnă cu zile de soare portocaliu, dar şi cu ploi repezi, cu vînt jucăuş şi cald, precum şi cu rafale ceva mai puţin plăcute. Poate că datorită acestei instabilităţi atmosferice, persoanele nervoase, reumaticii şi pulmonarii au mai multe necazuri. Schimbările de temperatură şi umiditatea influenţează şi pe astmatici şi cardiaci, care se plîng de inconsecvenţa climatului acestei luni. Să nu uităm nici pe ulceroşi, ale căror crize dureroase devin manifeste. Prezentînd aceste aspecte, am înfăţişat de fapt şi maladiile lunii.

NOIEMBRIE

Purtate de vîntul rece al lui „Brumar", frunzele îngălbenite dansează spasmodic, în timp ce, pe bolta cenuşie, norii fumurii şi păsările călătoare se întrec într-o necontenită fugă. Din cînd în cînd, o ploaie rece şi pătrunzătoare anunţă că toamna este pe sfîrşite. Şi încet, încet, fenomenele meteorologice — cu ploi reci, abundente, şi vînt pătrunzător, cu umezeală şi transporturi masive de aer schimbător, încearcă să coalizeze cu factorii predispozanţi ai crizelor dureroase reumatice, cu viroze respiratorii, traheobronşite, metroanexite şi nefrite reacutizate.

De fapt, această înşiruire a maladiilor lunii ne atrage atenţia că ele pot fi prevenite, dacă se evită frigul, umezeala, şi dacă se acordă o deosebită importanţă unei alimentaţii corespunzătoare. La toate aceste măsuri se vor adăuga o îm-

brăcăminte adecvată sezonului, precum şi controlul medical periodic.

DECEMBRIE

Luna lui „Îndrea" şi-a întins uriaşa-i plapumă albă peste împrejurimi.

Lună bună de iarnă, decembrie aduce frigul şi zăpada, contribuind din plin la primenirea atmosferei poluate. Cu toate că pulsaţiile aerului rece polar sînt puternic simţite, chiar dacă deseori ele se întîlnesc cu cele sudice ceva mai calde, decembrie are totuşi farmecul său, mai ales dacă ne gîndim la tradiţionalele sărbători ale Anului Nou şi la bilanţul pe care îl facem la încheierea calendarului. Pentru cei suferinzi de inimă, ca şi pentru bolnavii hepatici, bronşitici, astmatici, şi pentru cei cu afecţiuni gastrice se impune un plus de atenţie. Ei vor evita curenţii de aer rece, viscolul, staţionarea în frig, adoptînd o îmbrăcăminte şi o alimentaţie corespunzătoare.

Dintre bolile mai frecvente ale lunii semnalăm: gripa, amigdalita, faringita, pneumonia etc.

Dr. GH. M. GHEORGHE

Prezent și viitor în medicină

Prof. dr. doc. I. HAULICĂ
Catedra de fiziologie, I.M.F., Iași

Ca știință a vieții și suferinței umane, medicina se găsește la granița dintre științele biologice și cele sociale. Scopul său a fost, este și va rămîne cel formulat de Cl. Bernard în urmă cu un secol : să mențină sănătatea, să prevină îmbolnăvirea și să vindece bolile.

În condițiile revoluției tehnico-științifice contemporane, medicina beneficiază de multe din achizițiile fizicii, chimiei și biologiei celulare moderne, devenind riguros științifică. Procesele de tehnicizare și chimizare ale medicinii au dus atît la perfecționarea aparaturii de cercetare și investigație clinico-paraclinică, cît și la îmbogățirea arsenalului terapeutic.

S-au făcut progrese mari în clarificarea mijloacelor naturale de apărare, specifică și nespecifică, ale organismului. S-a precizat, printre altele, că sistemul limfoplasmocitar recunoaște diversele substanțe antigenice și le neutralizează cu ajutorul anticorpilor specifici rezultați din modificarea imunoglobulinelor serice.

În mod cu totul neașteptat s-a constatat că aparatul imun de apărare contra agresorilor microbieni se poate perverti și acționa împotriva propriului organism, realizînd boli autoimune, de autoagresiune. De aici paradoxul actual al medicinii de a căuta metode de frenare a reacțiilor exaltate de apărare imunitară îndreptate împotriva propriilor țesuturi și, îndeosebi, împotriva organelor transplantate. Aceste reacții de intoleranță și respingere a grefelor limitează deocamdată extinderea chirurgiei transplanturilor de organe, cu toate rezultatele încurajatoare ale chimioterapiei imunosupresive de tipul Imuranului, Methotrexatului, Endoxanului, serului antilimfocitar și globulinei antilimfocitare.

Progresele imunochimiei și imunobiologiei din deceniile următoare vor îndepărta desigur obstacolele care mai stau în calea înlocuirii organelor bolnave cu organe transplantate sau artificiale.

Succese importante s-au înregistrat în ultimul timp și în domeniul apărării contra infecțiilor virale care, după cum se știe, dețin o pondere însemnată în patologia umană. Descoperirea interferonului, ca factor protector celular antiviral, a fost urmată de utilizarea sa în chimioterapia infecțiilor virotice.

În afara proprietăților antivirale propriu-zise, interferonul se acumulează în jurul celulelor infectate, crescînd rezistența acestora la infecția virală și, totodată, grăbind refacerea celulară. Se pare că severitatea infecției virale depinde, în ultimă instanță, de capacitatea celulelor de a produce interferonul. Virulența mare a unor viroze ține de deficitul de interferon eliberat de la nivelul celulelor agresionate de către virus.

Din experiența acumulată pînă în prezent, rezultă că interferonul extras din leucocite sau fibroblaști pare a fi mai eficace în cazul administrării sale în scop profilactic decît curativ. În orice caz, alături de anticorpi, lizozomi, prostaglandine, hormoni și alte peptide biologic active, cum sînt : angiotensina, bradikinina și endorfinele, interferonul face parte din ca-

tegoria medicamentelor de azi și mai ales de mîine, fabricate de organismul uman însuși. Cercetările din ultimul timp dovedesc, dealtfel, că o serie de droguri clasice de origine vegetală ca : efedrina, muscarina și morfina se regăsesc sub o formă foarte apropiată în organismul uman. Tipic este cazul endorfinelor, recent descoperite, cu structură și acțiuni similare morfinei, prezente în formațiunile nervoase centrale și implicate în sensibilitatea termoanalgezică. Toxicomania morfinică pare a fi consecința interferării drogurilor pe bază de opiu cu endorfinele proprii creierului. Acestea s-au dovedit a fi dintre cele mai puternice substanțe calmante ale sensibilității dureroase.

Abordînd problema organismului ca fabricant al unora din medicamentele viitorului, studiile recente compară sistemul imunitar anticorpoformator cu o veritabilă farmacie personală. În sprijinul unui asemenea punct de vedere pledează și autovaccinarea medicilor și personalului sanitar contra unor boli prezente la pacienții lor. Prin autoimunizare se explică efectul favorabil al injectării de limfocite de la medic la copii cu boli virotice, semnalat de cercetătorii americani. Limfocitele implicate în anticorpogeneză și imunizare pot fi transformate în agenți protectori contra unor boli infecțioase sau cancere de natură virală. S-a descris chiar un factor de transfer, care asigură autoprotecție la boli și s-a constituit o bancă de astfel de factori protectori. Ca medicament fabricat de organismul uman, factorul de transfer deschide o eră nouă în medicina preventivă.

La rîndul său, lizozomoterapia este considerată drept antibioterapia viitorului. Prin enzimele proteolitice, lipolitice și glicolitice pe care le conțin, lizozomii digeră substanțele ce agresionează celula, contribuind astfel la reacțiile biochimice de apărare celulară.

Genetica s-a dezvoltat, de asemenea, impetuos în ultimele decenii, mai ales după descoperirea acizilor nucleici, ca substrat molecular al informației ereditare. Cercetările de inginerie genetică onorate pînă în prezent cu cîteva premii Nobel, inclusiv cel din anul 1978, au dus la descoperirea enzimelor de restricție cu rol de veritabil bisturiu biochimic, permițînd decuparea și transplantarea unor gene, preluate de la animale sau om, pe culturi de bacterii. Bacteria hibridă rezultată capătă proprietăți noi, induse de gena transplantată, devenind capabilă să sintetizeze hormoni, alimente, substanțe antipoluante, medicamente etc.

Acest nou domeniu deschide calea manipulărilor genetice în vederea dezvăluirii tuturor misterelor transmiterii ereditare, îmbunătățirii zestrei biologice moștenite, prevenirii diverselor boli sau tare ereditare, precum și a creării unor uzine de bacterii, care să fabrice substanțe costisitoare la un preț redus.

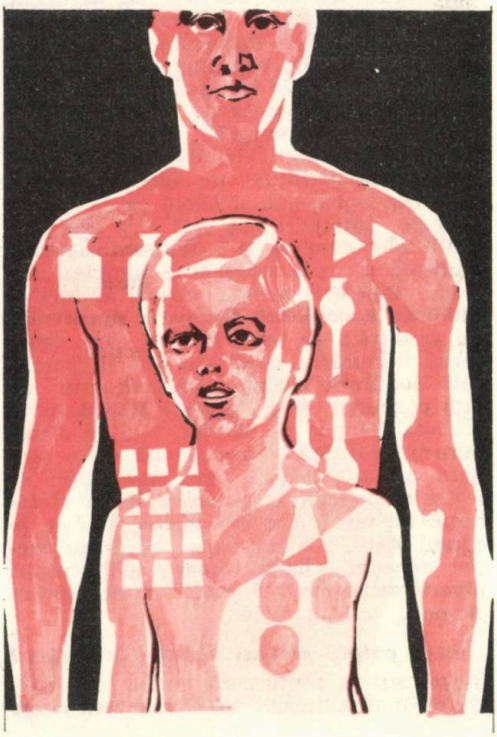
În Statele Unite s-a trecut deja la prepararea pe scară industrială a insulinei umane pe culturi ieftine de colibacili, grefate cu o genă specifică sintezei de insulină. În Franța, la Institutul Pasteur din Paris, o cultură banală de Escherichia coli, altoită cu o genă specifică, produce ovalbumină. Încercări reușite se fac în prezent pentru a se obține biosinteza altor hormoni foarte costisitori, cum este somatostatinul. Trebuie spus însă că microgrefa genetică comportă și unele riscuri potențiale. În afară de sinteza de insulină bacteriană identică cu cea umană sau de alte

substanțe active, aceasta poate induce, prin modificarea ADN din gene, sinteza unor bacterii și virusuri prevăzute cu proprietăți degenerative de tip canceros, inflamator etc. Practicată cu competență și umanism, ingineria genetică se anunță încă de pe acum un principal mijloc terapeutic și de prevenție în medicină.

Paralel cu cercetările referitoare la memoria genetică și imunologică, progrese încurajatoare s-au făcut și în domeniul memorizării nervoase. În toate cele trei forme de memorizare este vorba de participarea obligatorie a acizilor nucleici, ca principal loc de sinteză a unor peptide specifice. În cazul engramării și prelucrării informațiilor sosite la creier pe căile sensibilității specifice și nespecifice, este vorba de sinteza unor neuropeptide denumite generic conectine, a căror acțiune poate fi stimulată sau inhibată cu ajutorul substanțelor neurotrope actuale. Administrarea la animale a acestor conectine purificate de tipul scotofobinei, descoperite de Ungar și colaboratorii, favorizează procesele de stocare a informațiilor și de elaborare a reacțiilor reflex condiționate. Se speră că nu va trece prea mult pînă la folosirea lor ca factori de stimulare a gîndirii și la descoperirea mult așteptatelor pilule de învățare și de uitare. Demnă de remarcat sub raportul perspectivelor pe care le deschide este și cursa pasionantă dintre Guillemin și Schally pentru descoperirea peptidelor hipotalamice cu rol de neurohormoni reglatori ai secreției hipofizare. După 20 de ani de cercetări competitive, studiile în paralel ale acestora privind structura chimică și acțiunile factorilor de eliberare a principalilor hormoni secretați de hipofiza anterioară au fost onorate cu premiul Nobel în 1977. Ele deschid o nouă eră în neuroendocrinologie și medicină, în general.

Din exemplele date rezultă pregnant ponderea crescîndă a cercetărilor medico-biologice fundamentale în medicina actuală și, mai ales, viitoare.

Ca om de laborator, preocupat îndeosebi de cercetarea fundamentală, am ferma convingere că asaltul care a început cu mijloace de cercetare din ce în ce mai adecvate asupra necunoscutelor din domeniul cancerogenezei, al activităților normale și patologice ale creierului, al bolilor degenerative cardiovasculare, renale sau hepatice, va duce, într-un viitor nu prea îndepărtat, la descoperirea factorilor de îmbolnăvire și la tratamentul cauzal al acestora. Descifrarea enigmelor care mai persistă în cazul acestor boli de largă răspîndire va îngădui, desigur, punerea accentului pe latura preventivă, cunoscut fiind că un gram de profilaxie face adeseori cît un kilogram de terapie.



CE ESTE NOU ÎN GENETICA UMANĂ

Este de mult o certitudine că ereditatea joacă un rol de maximă importanţă în patologie. Cu puţine excepţii, toate tulburările umane implică un coeficient genetic mai mult sau mai puţin evident. Uneori, *accidentul* genetic este suficient pentru a perturba profund întreaga evoluţie a embrionului ; alteori, ereditatea aduce doar o anumită susceptibilitate, iar mediul este acela care *hotărăşte* dacă tulburarea va apărea sau nu. Să ne oprim puţin asupra primei alternative. Bolile ereditare pot fi condiţionate fie de o singură mutaţie genică şi atunci se pot transmite din generaţie în generaţie, fie de o combinaţie anormală de gene, fie de o anomalie cromozomială. Deseori boala ereditară este imprevizibilă. Nimic din antecedentele părinţilor nu anunţă naşterea unui copil anormal, şi odată cu el apar şi primele întrebări : de ce ? care este destinul lui ? cum va fi ? Răspunsurile sînt multiple şi nu întotdeauna simple. Un singur fapt este neîndoielnic, şi anume că tulburările ereditare fac parte din evoluţia noastră ; de fapt, factorii care generează tulburările ereditare sînt şi factorii care au făurit evoluţia. Dealtfel, este un fapt constatat că la fiecare o sută de nounăscuţi, oriunde pe pămînt, 2—3 au o tulburare ereditară condiţionată de o singură mutaţie genică, ceva mai puţin de 1 are o anomalie cromozomială cu efecte negative, iar 10 din ei vor face cîndva, în cursul vieţii, o tulburare genetică sau parţial genetică (diabet zahart, schizofrenie, hiperlipemie etc.). Firește, multe dintre ele pot fi tratate eficient.

Oare putem preveni aceste tulburări ? Răspunsul se conturează mereu mai clar, mereu mai optimist : da. Dar genetica este chemată să opereze, deseori, după naşterea primului copil handicapat. Pînă de curînd posibilităţile ei erau reduse, stabilind riscul ca şi viitorul copil să fie anormal. Astăzi însă, părinţii vor să aibă certitudinea — atît cît se poate vorbi de certitudine în biologia umană — că vor avea un copil normal.

Performanţele recente ale geneticii au transformat acest vechi vis al geneticienilor şi al părinţilor, firește, într-o emoţionantă realitate. A devenit posibil studiul direct al structurii genetice a embrionului ; se poate urmări, de asemenea, evoluţia lui.

Pentru aceasta este, deseori, suficient să se obţină celule din lichidul amniotic, lichidul care înconjură produsul de concepţie şi apoi să se determine numărul şi structura cromozomilor sau prezenţa unei anomalii enzimatice specifice (absenţa enzimei este o dovadă certă că embrionul este anormal genetic şi deci va avea o tulburare caracteristică). Firește, acest studiu nu este simplu. În orice caz, riscurile sînt minime dacă amniocenteza (punctionarea membranelor ovulare în vederea recoltării lichidului amniotic) este efectuată între a 14-a şi a 16-a săptămînă de sarcină şi dacă placenta a fost în prealabil localizată corect cu ajutorul ultrasunetelor.

Care sînt circumstanţele în care ar trebui efectuată această investigaţie ?

— După naşterea unui copil cu o tulburare biochimică care poate fi descoperită şi în celulele lichidului amniotic.

— După naşterea unui copil cu o anomalie cromozomială specifică, în mod obişnuit după naşterea unui copil cu sindrom Down, sindrom condiţionat de un cromozom 21 suplimentar. 2—3% dintre părinţii care au asemenea copii au ei înşişi o remaniere cromozomială şi de aceea se impune monitorizarea sarcinilor tuturor femeilor care au un copil cu sindrom Down.

— În ipoteza în care mamele au depăşit vîrsta de 40 de ani. Dincolo de această vîrstă creşte riscul de a avea un copil cu o anomalie cromozomială. Acelaşi lucru se întîmplă şi în cazul în care mama este mai tînără, iar tatăl mai vîrstnic (peste 45 de ani).

Mai sînt însă multe boli ereditare care nu pot fi detectate la începutul vieţii intrauterine. Majoritatea sînt rare sau extrem de rare, dar, printre ele, există şi boli pe cît de frecvente, pe atît de severe. Una dintre cele mai importante este anemia cu celule falciforme, o formă de

anemie gravă, care duce la moarte, înainte de 20 de ani, în absența unui tratament adecvat. Tulburarea este foarte frecventă în Africa sud-sahariană și printre negrii din S.U.A. Defectul primar este cunoscut de mult ca fiind o simplă anomalie biochimică a unora dintre componentele hemoglobinei. Anemia apare doar la copiii care au întreaga cantitate de hemoglobină anormală, cu alte cuvinte numai dacă copiii sînt homozigoți. Pentru aceasta s-au făcut încercări insistente de a descoperi tulburarea la începutul vieții. Ea nu putea fi detectată decît dacă se obținea o cantitate destul de mare de sînge fetal. Dar cum extragerea sîngelui era dificilă și primejdioasă (mai mult de 10% dintre feți erau eliminați), geneticienii au părăsit această metodă.

Astăzi, anemia cu celule falciforme poate fi descoperită dacă se determină structura genei și nu structura hemoglobinei. Pentru genetica de acum cîțiva ani, o asemenea performanță părea irealizabilă. Firește, această descoperire nu ar fi fost posibilă dacă nu s-ar fi împrumutat tehnicile ingineriei genetice.

După toate probabilitățile, în fața medicinii se deschid orizonturi surprinzătoare. Foarte probabil, în deceniul viitor se va studia structura unor gene și nu numai proteinele pe care le sintetizează. Și astfel, în genetica medicală se scriu primele pagini ale unuia dintre cele mai fecunde capitole din istoria geniului uman.

Pe de altă parte, alte două tehnici permit lărgirea spectrului de tulburări ereditare sau parțial ereditare, detectabile în primele luni de viață intrauterină.

Ecografia, o variantă a sonarului, atît de bine cunoscut, face posibilă descoperirea marilor malformații ale craniului, ale pereților abdominali, ale inimii și ale membrelor.

În sfîrșit, vizionarea directă a fătului aduce informații extrem de importante asupra dezvoltării produsului de concepție.

Sîntem totuși la început. „Mîine" — acest mîine înseamnă un deceniu sau două — monitorizarea sarcinilor va constitui una din metodele de rutină ale medicinii. Și „mîine" este cert, frecvența multor tulburări ereditare va diminua considerabil.

De două mii de ani se vorbește în medicină despre „teren", despre predispoziția individuală la anumite boli. Nimeni nu știa însă ce înseamnă teren. Antropologii au încercat să coreleze aspectul fizic, ceea ce numeau ei tip constituțional, cu patologia. Era evident că explicația trebuia să fie alta. Descoperirea grupelor sanguine a generat de-a lungul ultimelor decenii o avalanșă de cercetări. Pretutindeni în lume se studia asocierea unei anumite grupe sanguine cu o anumită tulburare clinică. Practic, s-a studiat tot ceea ce se putea studia. S-a afirmat că purtătorii unei grupe sanguine au mai multe riscuri de a face ulcer sau cancer, hipertensiune arterială sau infarct miocardic. Dar totul era fără explicație. Se considera că nici nu este important de vreme ce datele statistice sînt demonstrative. Dar cercetările de control au infirmat aproape toate concluziile acestei perioade de entuziasm necritic. Și totuși „terenul" există, el avînd și o bază genetică.

Transplanturile sînt condiționate de un sistem genetic numit HL-A [human leucocytes A-A (leucocite umane A), deoarece este primul sistem descoperit]. Se știe mult despre acest sistem, se știe că este controlat de o serie de gene situate pe cromozomul 6, se știe că genele din regiunea HL-A pot exista în numeroase variante, atît de numeroase încît fiecare individ are, practic, o combinație de gene cu totul particulară, la fel de distinctă ca și dermatoglifele. Așa explicăm de ce transplanturile sînt eliminate atît de frecvent.

Firește, fiecare genă are o frecvență oarecare și ea poate varia de la o populație la alta. Cum era de așteptat a început să se cerceteze frecvența diverselor gene din acest sistem în variate tulburări. Rezultatele sînt surprinzătoare sau aparent surprinzătoare. Gena B 27 din acest sistem are o frecvență de 6%. Printre bolnavii cu spondilită anchilozantă ajunge la 96%. Indivizii cu această genă au de 120 de ori mai multe riscuri de a face spondilită decît cei care nu au această genă.

Și diabetul zaharat (forma juvenilă), și scleroza în plăci, și lupusul eritematos subacut, apar mai des pe un anumit teren. În fața medicinii se deschid noi posibilități profilactice. Dacă vom studia — și cu siguranță o vom face curînd — genele HL-A ale tuturor nou-născuților, vom putea împiedica apariția multor boli. Profilaxia va avea o coloratură strict individuală (nimic mai firesc, deoarece fiecare dintre noi este un unicat genetic, o experiență pe care evoluția nu o va mai repeta).

Genetica a fost o speranță. Acum ea ne aduce certitudinea că va rezolva multe dintre marile probleme ale istoriei noastre biologice.

Dr. **C. Maximilian**

viața rațională și sănătatea

Posibilitățile cunoașterii pe care le oferă știința în prezent, ca și preocupările tot mai distincte ale omenirii de a prognoza viitorul și a prelungi durata de viață, determină pe oamenii de știință să-și pună și problema combaterii principalelor boli, ceea ce presupune cunoașterea obligatorie a cauzelor care le produc. În legătură cu aceasta, în formularea medicală mai veche privind cauzalitatea bolilor, este larg răspîndită aserțiunea despre originea lor dublă : genetică și de mediu, fără să se precizeze cît aparține uneia și cît celeilalte dintre aceste categorii de cauze, lăsînd astfel impresia contribuției lor aproximativ egale.

În ultima vreme, preocuparea tot mai aprofundată a cercetătorilor din domeniul geneticii pentru a delimita teritoriile sale a dus la descoperirea unei mari varietăți de boli genetice, dar, totodată, majoritatea autorilor sînt de acord că numărul absolut al cazurilor este relativ mic, ceea ce înseamnă că se poate acționa eficient asupra bolilor, ele fiind determinate în mare măsură de mediu.

Pe de altă parte, un mare număr din cele aproximativ 2 000 de boli ereditare sînt condiționate de factori de mediu, noi și noi agenți mutageni fiind descoperiți între agenții chimici ai mediului de viață. Cît privește bolile datorate mediului, numărul acestora este deosebit de mare, fapt recunoscut, iar dacă considerăm că în ultima instanță viața, în general, și prin urmare și organismul uman, s-au născut și s-au dezvoltat în mediu, putem aprecia că între elementele mediului trebuie recunoscută atît originea sănătății, cît și a bolii. Dar pentru ca sănătatea să fie favorizată, promovată, perfecționată, iar boala să fie evitată, prevenită, combătută, este necesar ca organismele vii să se afle în deplină concordanță cu mediul prin adaptare.

O serie de boli sînt unanim recunoscute ca fiind datorate agenților mediului, și anume acele boli care provin din raporturile dizarmonice, dezechilibrate ale individului cu mediul, dintr-un comportament neadecvat față de acesta. Dacă acest comportament s-ar corecta, dacă oamenii ar acționa rațional, atunci s-ar înregistra pentru sănătatea fiecărui individ, ca și pentru întreaga populație contemporană și viitoare, un mare beneficiu. Cu atît mai mult oamenii trebuie să se comporte rațional, cu cît este vorba de sănătate, de viață, de viitor.

Referitor la profilul stării de sănătate a populației din epoca noastră, caracteristica dominantă o constituie marea frecvență a bolilor denumite boli degenerative, cronice, boli de uzură sau boli ale civilizației. Printre principalele cauze de morbiditate și mortalitate ale lumii contemporane, îndeosebi din țările avansate, se află bolile cardiovasculare, tumorile canceroase, bolile psihice și psihosomatice și bolile respiratorii cronice (bronșita, emfizemul). În unele țări avansate, proporția de decese prin boli cardiovasculare atinge cifra de 500—600 la 100 000 de locuitori, iar în ceea ce privește celelalte boli menționate, această proporție însumează aproape 90% din totalul cauzelor. Trebuie arătat că deseori moartea prin aceste boli survine de timpuriu, iar în unele cazuri se înregistrează îmbolnăvirea și invaliditatea pentru o perioadă mai lungă de timp, din tinerețe și chiar pentru tot restul vieții. Referitor la frecvența bolilor cronice, numărul acestora este destul de însemnat, ele fiind neglijate de bolnavi.

În ultimele decenii, științele medico-biologice au clarificat numeroase relații de cauzalitate între aceste boli și media de vîrstă a omului contemporan. Un rol deosebit în producerea acestora îl are mo-

dul de viață, felul cum oamenii știu să folosească factorii naturali, evitînd, totodată, producerea în organism a unor agenți nocivi, patogeni. S-a constatat că etiologia acestor boli este plurifactorială, avînd o acțiune de durată, directă, dar și indirectă, cu efect retroactiv. Practic, acțiunea patogenă este foarte diversificată și variată, dar statistic se consemnează ca fiind dominant rolul următoarelor cauze : alimentația, sedentarismul, toxicomaniile și stresul.

Alimentația dezechilibrată, în exces, bogată în grăsimi, dulciuri și făinoase și săracă în legume și fructe, lipsa de mișcare, acest al doilea „oxigen al vieții", cum a fost denumită, substanțele toxice, îndeosebi alcoolul și tutunul, ca și raporturile nearmonioase dintre oameni, își potențează acțiunea lor negativă. Acționînd continuu, în doze mici și chiar masive în anumite perioade, acestea generează boala. Fără a insista asupra mecanismului de producere a bolii, trebuie precizat că relația de cauzalitate, ca și raportul care există între îmbolnăvire și abaterea de la o viață igienică, sînt dovedite științific, fiind proporționale cantitativ cu gravitatea expunerii. Astfel, cancerul și bolile cronice pulmonare sînt de 20—40 de ori mai frecvente la fumători, ciroza hepatică se înregistrează aproape exclusiv la alcoolicii inveterați, bolile de inimă și vase însoțesc pe obezi și fumători, ca și pe cei expuși la stres puternic și repetat.

Din aceste constatări se poate trage concluzia că patologia populației contemporane, mai ales a aceleia din țările avansate, are drept cauză, în principal, un comportament nerațional. Cercetări aprofundate, efectuate în ultima vreme, subliniază faptul că poluarea mediului (factor patogen contemporan) constituie adesea un fenomen cu rol minor în patologia umană, în comparație cu ceea ce își produce negativ individul însuși, uneori din ignoranță, alteori cu bună știință.

Din cele menționate, rezultă, așadar, că reușita profilaxiei acestor boli rezidă în îmbunătățirea modului de viață a individului în familie, în societate, la locul de muncă. Sănătatea unei națiuni se construiește prin însumarea aportului comportamental rațional al generațiilor anterioare, prezente și viitoare.

Conf. dr. *M. BARNEA*

Activitatea, evident cea rațională, ordonată, adaptată, variată, este o componentă importantă a vieții, care contribuie la asigurarea unui nivel ridicat al calității sănătății, ferindu-l pe individ de îmbolnăviri, de degradarea sau pierderea timpurie a capacităților sale fizice și intelectuale. Dealtfel, activitatea, în diferitele ei forme, a stat la baza formării omului, a detașării sale de lumea animală, a dezvoltării speciei umane. Această funcție formativă a activității ne îndreptățește să afirmăm că ea constituie un factor major de apărare și de menținere a sănătății.

Factorul „activitate" acționează asupra organismului uman în toate etapele vieții, la toate vîrstele, sub diferite forme, fie că este vorba de copilărie, de activitatea ludică (adică de joc), fie mai tîrziu, de activitatea școlară, sportivă, profesională, de creație etc.

Avînd conținut predominant fizic sau predominant intelectual, diversele forme de activitate influențează în mod favorabil sănătatea noastră, exercitînd multiple efecte : de formare, de antrenare, de perfecționare a diverselor funcții (motorii, senzitive, intelectuale, de integrare). De asemenea, munca întreține cu stimuli senzoriali, motori, sociali, funcționalitatea diverselor sisteme și aparate ale organismului. În mod concret, vom înțelege mai bine acest efect pozitiv dacă ne vom referi

la cele două extreme ale vîrstei umane — copilăria şi bătrînețea : copiii care nu primesc suficienți stimuli, care nu sînt antrenați în diverse activități, care rămîn din diferite motive subsolicitați, se dezvoltă mai greu, nu ating performanțele medii ale vîrstei respective, sînt mai puțin rezistenți. La vîrsta a treia, dacă încetarea activității se face brusc, odată cu pensionarea, fără a se continua cu o altă activitate pregătită din timp, se produce o deteriorare fizică şi intelectuală progresivă. Cu alte cuvinte, păstrarea activității şi la această vîrstă are ca scop nu numai îmbunătățirea calității vieții biologice, dar şi factorul longevitate. Munca este, fără îndoială, nu numai un factor formativ pentru om, dar şi unul sanogenetic, adică generator de sănătate.

Niciodată munca, atunci cînd este bine concepută, bine efectuată, judicios dozată, nu are efecte nefavorabile asupra organismului uman, ci, dimpotrivă. Tinerii care evită munca sînt mai puțin rezistenți la boli, contractează mai uşor afecțiuni psihice, sînt în general lipsiți de robustețea fizică şi psihică a celor care muncesc. Studiile şi observațiile efectuate au arătat că longevivii provin numai dintre oamenii activi, pentru care munca a constituit un factor important în modul lor de viață.

Modalitățile prin care se exercită efectele benefice ale factorului muncă asupra organismului sînt multiple. În afara efectului formativ, care contribuie la formarea personalității, deoarece individul participă la procesul muncii nu numai fizic, ci şi cu emoțiile, cu voința, cu gîndirea sa, munca implică şi dezvoltarea unui mediu — mediul profesional — în care iau naştere şi se dezvoltă sisteme de relații sociale interumane, cu efecte importante asupra sănătății psihice. În plus, munca oferă organismului o varietate de stimuli, de intensități diferite, care solicită funcțiile psihice (gîndirea, judecata, atenția, afectivitatea), funcțiile motorii (manualitatea, dexteritatea, întreaga capacitate), precum şi funcțiile vitale (metabolismul, circulația, respirația). Pe de altă parte, munca este o sursă de satisfacții şi împliniri, oferind sentimentul tonic al utilității sociale, bucuria datoriei împlinite, a creației de bunuri materiale sau spirituale.

La toate acestea trebuie să mai adăugăm faptul că medicina utilizează, în anumite cazuri, mişcarea, activitatea, munca, în scop curativ, într-o serie de îmbolnăviri, în cadrul unor metode, cum ar fi : ergoterapia sau terapia ocupațională, ludterapia (terapia prin joc), kineziterapia (terapia prin mişcare) etc.

DR. *CONSTANTIN BOGDAN*

VINOVAȚII

Dacă tusea te apucă
Tot mai des, pe neaşteptat,
De te ții şi de ulucă,
Încît ceilalți te cred beat,
Doar alcoolul e de vină,
Căci ți l-ai făcut amic,
Iar acuma te domină
El pe tine, om voinic.

Dacă-n inimă te-nțeapă,
Ca un minuscul vîrf de ac
Şi te simți tot numai apă,
Ca după o baie-n lac,
Doar țigara e de vină,
Căci, trăgînd fum după fum,
Orişicît ar fi de fină,
Din plămîni îți face scrum.
Dacă-această poezie
Ce-aminteşte tuturor
De-o mai veche melodie
Duce lipsă de umor,

Doar cafeaua e de vină,
Căci, degeaba să nu stai,
Bei cîte-o stacană plină,
Parcă-ar fi lapte sau ceai.
Dacă terminînd mîncatul,
Simți aşa, instantaneu,
Tare-ngreuiat ficatul,
Încît uiți şi de Morfeu,
Doar eu, unul, nu-s de vină,
Căci, deşi sînt umorist,
Nu pot pune sare fină
Într-un subiect cam trist.

V. D. POPA

conceptii noi în **epidemiologie**

Interviu cu dr. **Traian Ionescu,**
director adjunct în Direcţia
asistenţei medicale din Ministerul Sănătăţii

ÎN CIUDA PROGRESELOR PE CARE LE-A ÎNREGISTRAT TERAPEUTICA ÎN ZILELE NOASTRE, PRECUM ŞI A UNOR EFORTURI FĂCUTE DE OAMENII DE ŞTIINŢĂ PENTRU A PUNE STAVILĂ RĂSPÎNDIRII UNOR BOLI, ELE AU CUNOSCUT O FRECVENŢĂ ÎN CONTINUĂ CREŞTERE, RIDICÎND O SERIE DE PROBLEME EPIDEMIOLOGICE, ECONOMICE ŞI SOCIALE ÎN MAJORITATEA ŢĂRILOR LUMII.

— Ce se înţelege prin conceptul de epidemiologie în accepţiunea modernă ?

— Epidemiologia este ştiinţa fundamentală a medicinii colectivităţilor umane, care se ocupă de studiul distribuţiei bolii şi a invalidităţii în rîndul populaţiei, de cauzele care le provoacă, precum şi de măsurile de combatere şi de prevenire, cu ajutorul cărora se restabileşte sau se păstrează starea de sănătate a colectivităţii.

În modul de a privi astăzi sănătatea şi boala şi, mai ales, în atitudinea faţă de ele, care a devenit preventivă, metodologia epidemiologică a adus o contribuţie hotărîtoare atît în formularea, cît şi în abordarea ştiinţifică a conceptului preventional. În cadrul acestui concept, patologia de masă este privită în relaţie cu mediul natural sau social în care trăieşte şi se dezvoltă o colectivitate umană, epidemiologia urmărind să determine factorii cauzali sau de risc care condiţionează starea de boală, dar şi factorii de sanogeneză, care menţin starea de sănătate a colectivităţii.

Dr. TRAIAN IONESCU

— În urma celor spuse de dvs. apare destul de clar ce este şi cu ce se ocupă epidemiologia. Sînt totuşi mulţi care leagă denumirea acestei discipline de bolile infecţioase. Credeţi că este justificată această asociere ?

— Bolile infecţioase au constituit terenul pe care s-a instituit epidemiologia la începutul său ca disci-

plină. Această etapă este demult depășită, epidemiologia fiind astăzi instrumentul principal de cercetare și de lucru în toate domeniile care privesc starea de boală, fie infecțioasă, fie de altă natură, precum și sănătatea colectivităților umane.

— *În determinarea sau favorizarea apariției unor boli cu extindere în masă ați amintit și de intervenția unor factori de risc. Vă rugăm să ne spuneți ce sînt aceștia și care sînt bolile în care intervin mai frecvent ?*

— Epidemiologia începe din momentul în care la observarea distribuției unei boli în rîndul populației se adaugă și studiul cauzelor care determină apariția bolii, în scopul combaterii și prevenirii ei.

După P. F. Grundy, termenul *„factor de risc"* este rezervat oricărui factor exogen sau endogen care poate fi controlat sau al cărui efect este controlabil printr-o intervenție activă asupra lui. În afară de factor de risc se mai utilizează și termenul de *„marker de risc"*, care este propriu, specific unui individ sau unei populații și care nu se poate modifica. Dacă fumatul sau supraalimentația sînt factori de risc, vîrsta și sexul sînt markeri de risc, adică elemente care nu se pot schimba, dar care fac persoanele sau populațiile respective mai vulnerabile la adăugarea unor alți factori (în principal, la adăugarea celor de risc, cum sînt : fumatul, inactivitatea fizică, obezitatea, stresul etc.).

Printre bolile care cunosc astăzi o largă răspîndire aș enumera pe cele cardiovasculare, degenerative, tumorale, psihice, unele malformații congenitale etc. Factorii care concură la apariția lor sînt multipli, un rol deosebit jucînd însă factorii de risc. Dealtfel, de problema combaterii unora dintre aceștia factori au existat cu mulți ani în urmă preocupări. Astfel, Hoffman (1715), Tissot (1767), Sinclair (1801) etc. recomandau o viață igienică, rațională, combătînd obiceiuri considerate și azi dăunătoare pentru sănătate ca : supraalimentația, sedentarismul, fumatul, consumul de alcool etc. Este interesant de remarcat că prevenirea îmbolnăvirilor, în acest tip de boli, se realizează la fel de greu astăzi ca și în trecut, deoarece aceasta este determinată de un complex de factori, printre care cei mai importanți sînt cei economici, sociali, culturali și psihologici. La aceștia se mai poate adăuga și atitudinea tradițională a serviciilor sanitare, care preferă să trateze în loc să prevină și să educe.

— *În urma investigațiilor epidemiologice și a eforturilor depuse de oamenii de știință, se poate vorbi în prezent de obținerea unor succese în prevenirea bolilor înainte ca factorii de risc să devină operanți și ca boala să devină manifestă ?*

— Așa cum am arătat, datorită studiilor epidemiologice și a metodelor de investigație din ce în ce mai complexe, conceptul de prevenire și-a extins aria de preocupare de la bolile infecțioase și asupra acelor afecțiuni la care sînt incriminați și factori de risc. Deși aceștia nu se identifică cu factorii cauzali, cuprind totuși elemente directe sau mediate, determinante sau favorizante, care influențează incidența sau prevalența unor boli ce apar în rîndul populației. În felul acesta, și în cazul unor afecțiuni, cum sînt : cancerul, bolile psihice, bolile cardiovasculare, accidentele de

stradă etc., unde cunoașterea nu este încă integrală, se poate interveni cu succes. În ultimii ani avem suficiente exemple care arată cum, prin suprimarea tutunului sau a unor substanțe chimice care poluau aerul atmosferic, s-a redus incidența cancerului bronhopulmonar și laringian sau prin depistarea și tratarea din timp a unor leziuni de col uterin, s-a redus incidența cancerului acestui organ. De asemenea, combaterea obezității printr-o alimentație rațională, exercițiul fizic, renunțarea la fumat, evitarea abuzului de medicamente etc. au dus la scăderea accidentelor cardiovasculare.

Studiile epidemiologice care au pus în evidență factorii de risc ce pot contribui la producerea accidentelor de stradă (starea fizică și mintală a conducătorului auto, tensiunile nervoase, influența alcoolului, utilizarea drogurilor, oboseala, starea vehiculului, a drumurilor etc.) au determinat reducerea numărului și a gravității acestora.

Dar pentru a obține succese în prevenirea bolilor de acest tip este necesar, așa cum se arată și în documentele de partid, să se cunoască mai aprofundat „fenomenele biologice legate de acomodarea ființei umane la viața modernă, de frînarea proceselor degenerative ale organismului uman, de dezvoltarea sănătoasă, echilibrată, fizică și psihică a tuturor membrilor societății, paralel cu evoluția armonioasă a relațiilor sociale noi".

Este necesară nu numai o educație sanitară intensivă în rîndul maselor, dar și o acceptare și o respectare a principiilor unei vieți raționale de către toți indivizii comunității umane.

— *Care sînt, după părerea dvs., mijloacele care se impun a fi instituite și utilizate de toți cei care activează în domeniul sănătății publice, în vederea obținerii unor succese în prevenirea bolilor ?*

— Aș începe mai întîi cu cei care lucrează în acest domeniu atît de important pentru sănătatea populației, accentuînd asupra faptului că nu este suficient să fii un bun medic pentru a fi și un bun medic de sănătate publică. Este necesară însușirea de către toți cei care lucrează în acest sector de activitate a cunoștințelor aprofundate de epidemiologie, economie și sociologie sanitară, statistică medicală etc., deoarece numai astfel se poate răspunde competent marilor obiective puse în fața sectorului de sănătate. Ținînd seama de rolul social pe care trebuie să-l joace medicul în societatea de astăzi, este necesar ca acesta să-și însușească încă din facultate noțiunile cele mai temeinice de medicină preventivă, în cadrul căreia epidemiologia reprezintă disciplina fundamentală.

Referitor la cadrul economico-social necesar obținerii unor succese însemnate în prevenirea bolilor cu răspîndire în masă, se poate spune că acesta există, după cum există și cel legislativ și politic, așa cum ilustrează și legea privind asigurarea sănătății populației, menționînd că : „prevenirea și combaterea cauzelor îmbolnăvirilor, prelungirea vieții și activității omului, creșterea unei generații viguroase, constituie principii de bază ale politicii partidului și statului în domeniul sănătății publice".

Realizat de
LUCIA GHEORGHIU

responsabilitatea individuală și sănătatea

DR. D. SDROBICI

Progresul științific și economic a determinat, în țările cu standard ridicat, dispariția aproape completă a bolilor infecțioase, dar, paralel, numărul bolnavilor suferinzi de boli cronice a crescut. Acestea duc la diminuarea capacității de muncă a persoanelor de vîrstă medie sau înaintată, cu consecințe negative nu numai pe plan profesional, dar și social și familial. În această categorie sînt cuprinse bolile cardiovasculare, bolile tubului digestiv, reumatismele cronice, patologia căilor respiratorii, precum și bolile de nutriție. Deși se manifestă sub forme din cele mai diverse, ele prezintă totuși o trăsătură comună : sînt boli cu caracter ireversibil, cauzate de modificări organice definitive. Cu toate acestea, datorită progreselor medicale înregistrate în ultimul timp, aceste boli pot fi multă vreme compensate sau echilibrate, redîndu-se organului lezat un nivel funcțional corespunzător cu acela al unei vieți aproape normale.

În practică însă, aderiunea definitivă a bolnavului cronic la un mod de viață și de alimentație diferit de cel al omului sănătos constituie o mare problemă atît pentru el, cît și pentru medic, familie și societate.

Într-adevăr, spre deosebire de bolile cronice, în cele infecțioase acute, rezultat al infectării ocazionale a organismului cu un germen specific, 2—3 săptămîni de tratament și de repaus aduc, de regulă, vindecarea totală. Bolnavul nu este responsabil de faptul că se contaminează accidental cu un virus sau cu o bacterie, iar boala nu lasă nici o urmă organică. Cu

totul alta este situația într-o cardiopatie cronică ischemică, într-un emfizem pulmonar, într-un reumatism artrozic sau în ciroza hepatică. Acestea apar la maturitate sau la vîrste înaintate, ca o consecință — cel puțin în parte — a unor greșeli de igienă sau a unor obiceiuri dăunătoare. Ele impun o disciplină de fiecare moment pentru compensarea defectelor organice create. Aici răspunderea bolnavului este personală și direct angajată. Că există o predispoziție ereditară la anumite afecțiuni, s-a dovedit cu prisosință, dar acest fapt nu atenuează cu nimic răspunderea bolnavului. Pentru generația prezentă și mai ales pentru cea viitoare va fi obligatorie cunoașterea exactă a bolii de care au suferit părinții și chiar celelalte rude de sînge. S-a spus pe drept cuvînt că un om prevenit face cît doi. Cînd ambii părinți au suferit de exces ponderal (obezitate) și hipertensiune arterială, este firesc ca descendenții să-și supravegheze periodic tensiunea arterială și greutatea corporală. Surprinderea precoce a unei creșteri tensionale sau ponderale trebuie combătută din vreme. Autoabandonarea pasivă în fața unei asemenea predispoziții moștenite duce la creșterea permanentă a tensiunii arteriale cu accidentele ei inerente : insuficiență cardiacă, infarct de miocard, insuficiență renală sau accidente vasculare cerebrale ce duc la paralizie. Greutăți corporale de 90 sau 100 kg nu se realizează brusc, ci prin adaos de cîteva kilograme de țesut gras în fiecare an, adaos privit la început cu nepăsare și considerat — total greșit — drept rezultat al unei sănătăți înfloritoare. A reveni la o tensiune arterială normală pornind de la valori de 200/120 mmHg este mult mai greu decît a corecta prompt o creștere de numai 10—20 mmHg peste 140/90 mmHg, cifre considerate ca limita superioară a normalului. Tot astfel și în obezitate : nu este ușor să obții revenirea la greutatea normală pornind de la 100 kg. De fapt, acest lucru este aproape imposibil, ceea ce confirmă și dictonul că „este mai ușor să previi, decît să vindeci". A preveni o boală cronică, anunțată de predispoziția moștenită și de mici tulburări incipiente, impune o disciplină de o viață. Este simplu pentru un miop să-și pună ochelarii de dimineața și să nu-i părăsească decît seara la culcare ; defectul de vedere are valoare persuasivă imediată, tot așa cum cel cu un picior amputat va purta zilnic proteza, fără de care nu poate face un pas. Spre deosebire de aceste situații — deși în esență asemănătoare —, în bolile cronice cardiovasculare și de nutriție, echivalentul protezei sau ochelarilor de corecție îl constituie medicamentul și dieta, care pot fi uitate, abandonate sau neglijate un timp mai mult sau mai puțin îndelungat, fără consecințe aparente imediate. Creșterea tensională progresivă sau decompensarea diabetului, deși au efecte biologice dăunătoare, sînt la început neobservate de bolnav. Cînd, în cele din urmă, a survenit o complicație brutală — sancțiune a indisciplinei alimentare sau terapeutice — revenirea la rigoarea tratamentului nu mai are efectele scontate. Or, în această situație se poate vorbi de o responsabilitate a bolnavului ? Evident că da.

Există, desigur, și circumstanțe atenuante : fie că informarea bolnavului nu s-a făcut la vreme, fie că mijloacele de educație sanitară au fost insuficiente sau anturajul familial al celui suferind nu a dovedit înțelegere. Nu trebuie uitat însă că, în pas cu multitudinea mijloacelor de informare, s-au făcut și se fac eforturi mari în direcția educației sanitare. Ceea ce explică însă recăderile sau decompensările bolilor cronice enumerate este mai ales lipsa de voință a celor bolnavi, la început disciplinați și cooperanți, dar ulterior neglijenți. Nu uitați deci : o boală cronică impune un tratament durabil, uneori de o viață. El pune în joc un atribut care se cheamă voință.

convorbire cu epidemiologul american

MILTON TERRIS

– Stimate domnule profesor, pentru că epidemiologia este o știință relativ nouă, vă rog să ne faceți, așa cum se obișnuiește, o „introducere" în obiectul acestei științe, cît și o posibilă definire a ei.

– Noi, cei care activăm în domeniul sănătății publice, începînd din jurul anului 1940 am putut constata o stare de relativă acalmie și chiar de stagnare a epidemiologiei. La acea dată, epidemiologia mai era încă marcată de niște limite serioase, devenite tradiționale, ea fiind strîns legată doar de domeniul sănătății publice. Pe atunci mai era valabilă definiția lui Frost, potrivit căreia epidemiologia constituia „știința fenomenului de masă al bolilor infecțioase", definiție ce data încă din anul 1927. Astăzi, această definiție s-a lărgit considerabil, reflectînd schimbările majore survenite în gîndirea și practica epidemiologică. Astfel, în țările dezvoltate industrial, bolile infecțioase reducîndu-se, accentul s-a pus, în principal, pe bolile neinfecțioase, cu mare răspîndire în mase, devenind principalele cauze de morbiditate, invaliditate și mortalitate. În acest sens, epidemiologii au început să-și orienteze cercetările mai ales către bolile cronice, care au devenit domeniul predominant al cercetării epidemiologice în țările respective.

Definiția dată de Frost s-a dovedit incompletă, deoarece nu include problemele legate de traumele războiului, de accidente, de suicid, precum și pe cele referitoare la factorii de mediu, factorii sociali, cum ar fi : bunăstarea sau subnutriția. Toți acești factori coroborați pot contribui la starea de sănătate sau boală și ei trebuie incluși în conceptul modern de epidemiologie.

– V-aș ruga să insistați puțin asupra noțiunilor de boală illness *și* disease, *noțiuni care ni se par sinonime.*

– Desigur, întrebarea pusă ar mai necesita și definirea noțiunii de *sănătate* ca și pe aceea de *nesănătate*. Cînd, în 1960, Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) definea sănătatea ca o „stare de completă dispoziție fizică și mintală, ca și de bunăstare socială, și nu doar absența morbidității sau a infirmității", noi am manifestat rezervă față de această definiție, considerînd-o incompletă. A vorbi despre *starea de sănătate* trebuie mai întîi clarificată și definită starea de *nesănătate* (pe care noi am numit-o și morbiditate), deoarece multitudinea de factori și agenți ai mediului înconjurător acționează diferit asupra noastră ; astfel, unii agenți sînt infecțioși

și patogeni, alții nu ; unii se manifestă printr-o simptomatologie specifică, alții acționează asimptomatic. De remarcat deci că morbiditatea (starea de nesănătate) poate exista fără boală manifestă. Or, se știe că noțiunea de *sănătate* cu cea de *boală* se exclud reciproc. În schimb, între starea de sănătate și cea de morbiditate există o relație, în sensul că morbiditatea înregistrată nu exprimă întotdeauna starea de boală existentă într-o colectivitate, după cum starea de sănătate resimțită de colectivitate nu este întotdeauna egală cu o stare reală de sănătate.

Se știe că o bună parte din populația adultă posedă un potențial aterosclerotic, dar cu toate acestea doar un procent relativ mic manifestă semne de boală, ca să dau doar un singur exemplu. Se știa încă de la începuturile acestui secol că infecția și declanșarea bolii nu sînt sinonime, după cum, în ultima vreme, a devenit cît se poate de limpede că între *morbiditate* (starea de nesănătate) și *boala* în sine nu se poate pune semnul egalității. În lumina celor studiate și prezentate de noi rezultă că și definiția sănătății, propusă de O.M.S., mai poate suferi modificări. În primul rînd, considerăm că trebuie înlăturat termenul *completă*, deoarece se știe că nu există o sănătate completă, adică *perfectă*, ci doar *grade ale sănătății*.

Rezultă, așadar, că în urma celor afirmate „sănătatea este o condiție a capacității fizice și mintale, precum și bunăstarea socială, capabile să ducă la efectuarea unei munci social-utile, și nu doar absența bolii în sine sau a infirmității". Desigur că, din această definiție, reiese foarte pregnant, sperăm, aspectul ei subiectiv, cît și cel funcțional, legat de prestarea unei munci concrete, la serviciu. Dacă omul se simte rău, ca stare generală, această stare are și urmări mai mici sau mai mari asupra capacității sale de a-și desfășura activitatea de zi cu zi. Și, desigur, gravitatea bolii se apreciază în raport direct cu gradul în care boala îl împiedică pe om în funcționalitatea sa.

Starea de sănătate definită în principal ca o capacitate de a efectua o muncă social-utilă constituie astăzi o preocupare a epidemiologiei moderne, care și-a extins aria de investigație de la starea de boală, la starea de sănătate. În acest cadru, preocupările pentru găsirea unor indicatori pozitivi ai stării de sănătate, cum sînt : mărimea randamentului, studiul capacității de efort, depistarea factorilor care pot împiedica eficacitatea și eficiența unei activități, creează o bază suficient de științifică și valoroasă de abordare a epidemiologiei sănătății.

– După cîte sîntem informați, există și un premiu special care se acordă cercetătorului cu cele mai bune rezultate în epidemiologie.

– Da, acest premiu se numește John Snow și a fost instituit în anul 1974, de către Secția de epidemiologie din cadrul Asociației americane pentru sănătatea publică. Acest premiu este, desigur, unic în felul său, deoarece s-a constituit în întregime din contribuția celor 140 de membri ai asociației,

Dr. Milton Terris, M. D.

aproape toți fiind și membri ai Secției de epidemiologie.

Premiul John Snow (medic american care, pe la mijlocul secolului trecut, a efectuat cercetări devenite clasice în domeniul holerei, fiind considerat unul din fondatorii epidemiologiei moderne) este acordat pentru servicii deosebite aduse sănătății poporului, prin contribuții eminente în domeniul epidemiologiei. În stabilirea premiului, secția a mai hotărît ca acesta să se acorde numai personalităților.

Premiul a fost instituit în semn de recunoaștere a faptului că s-a ajuns la o nouă *epocă* în istoria epidemiologiei și a sănătății publice. Primul cercetător care a beneficiat de acest premiu a fost savantul american Abraham M. Lilienfeld, care s-a distins prin munca sa de cercetare și prin rezultatele deosebite pe care le-a obținut.

– În încheiere, vă rugăm să formulați cîteva concluzii privind rezultatele și contribuția epidemiologiei la păstrarea sănătății publice, avînd în vedere și calitatea dvs. de profesor și președinte al Departamentului de medicină preventivă.

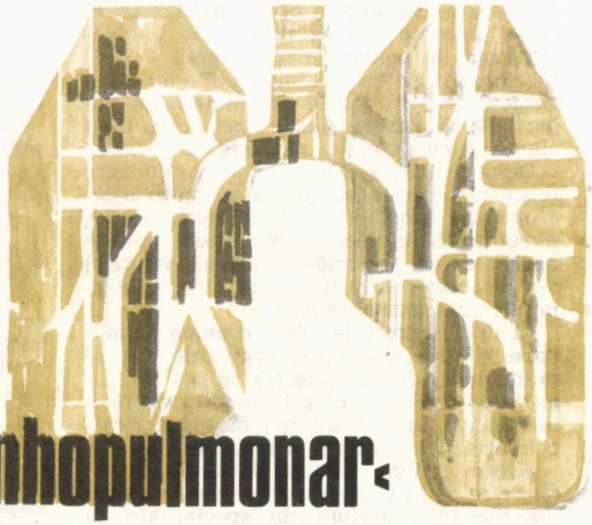
– În orice caz, rezultatele pot fi considerate remarcabile. Într-o perioadă relativ scurtă, de 30 de ani, epidemiologii au descoperit cauza majorității cazurilor de cancer pulmonar, au aflat destul de multe lucruri despre cariile dentare, putînd preveni, în bună măsură, aceste boli ; au stabilit efectele terapeutice ale radiațiilor, stimulînd adoptarea unor măsuri de control. De asemenea, s-a descoperit un număr însemnat de factori de risc ai bolilor coronariene, ajungîndu-se la experimentarea unor programe eficace și eficiente de prevenire. Ne-am îmbogățit considerabil cunoștințele în diferite boli generate de tutun, alcool și droguri. În sfîrșit, am început să efectuăm studii epidemiologice și asupra indivizilor sănătoși, precum și cercetări importante privind influența alimentației asupra dezvoltării psihice și fizice a copiilor încă din faza prenatală.

Noua epidemiologie a realizat un record în ceea ce privește succesele dobîndite într-un interval de timp relativ scurt. Aceasta și-a extins sfera activității, de la controlul asupra sănătății publice, limitat doar la bolile infecțioase, la bolile cu extindere în masă, deschizînd astfel noi perspective de a acționa în folosul sănătății publice. Dar, din păcate, mulți studenți și chiar unii profesori consideră sănătatea publică drept parte integrantă a tratamentului medical, în loc să înțeleagă că îngrijirea medicală este doar o parte a sănătății publice. Aceste tendințe impun acum, mai mult decît oricînd, ca toate școlile și institutele de medicină, cît și forurile lor tutelare, să susțină principiul întîietății prevenirii bolilor.

Spre deosebire de clinicieni, ale căror orizonturi sînt aproape în întregime limitate la tratamente, lucrătorii din domeniul sănătății publice consideră că activitatea serviciilor terapeutice constituie doar unul din aspectele complexe ale activității serviciilor de sănătate personală și a mediului înconjurător, menite să promoveze sănătatea, să prevină și să trateze bolile, să recupereze pe cei invalizi. Din acest punct de vedere, prevenirea este, fără îndoială, mult mai importantă și mai eficace decît tratamentul, iar epidemiologia constituie știința de bază pe care se sprijină serviciile de prevenire, într-un cuvînt coloana de susținere a întregului edificiu al sănătății publice. Nici unui student, indiferent de specialitatea sa, nu trebuie să i se permită să promoveze pînă cînd nu posedă o bază solidă, cu adevărat științifică, în practica sănătății publice. Fără o practică a sănătății publice, știința epidemiologiei devine un exercițiu steril, fără sens. Pentru aceasta, forurile competente (Asociația pentru sănătatea publică americană și Consiliul asupra controlului și prevenirii bolilor din S.U.A.) trebuie să acționeze mai mult în sensul conlucrării dintre epidemiologi și cei care activează nemijlocit, ca practicieni, în sănătatea publică.

Interviu realizat la New York de
TRAIAN GĂRDUȘ

o importantă problemă a medicinii contemporane



„cancerul bronhopulmonar"

IOAN JOCU
doctor în ştiinţe medicale
Spitalul clinic „Dr. I. Cantacuzino", Bucureşti

Una din problemele centrale ale medicinii actuale o constituie cancerul bronhopulmonar, datorită atît numărului mare de îmbolnăviri, cît şi variatelor modalităţi clinice sub care se manifestă şi din care decurg serioase dificultăţi de diagnostic, reflectate într-o proporţie crescută de cazuri tardiv decelate. Or, este cunoscut faptul că „problema cheie" în ceea ce priveşte cancerul bronhopulmonar o constituie precizarea diagnosticului într-un stadiu puţin evoluat, stadiu care poate beneficia de tratamentul chirurgical de exereză.

Cauzele şi mecanismele apariţiei cancerului bronhopulmonar nu sînt încă precizate, totuşi, datorită studiilor efectuate, au fost evidenţiaţi unii factori cu rol cancerigen. Astfel, sînt incriminaţi factori exogeni (din mediul înconjurător), factori endogeni (biologici), precum şi o serie de procese patologice bronhopulmonare cronice, cu potenţial de malignizare.

Studii relativ recente publicate în literatura medicală arată că într-o serie de ţări cancerul bronhopulmonar ocupă, ca incidenţă, primul loc în cadrul tuturor proceselor tumorale.

În ultimele decenii s-a observat o incidenţă la fel de îngrijorătoare la ambele sexe şi aceasta datorită, în primul rînd, obiceiului nefast, larg răspîndit în prezent la femei, de a uza şi abuza de tutun.

În ceea ce priveşte vîrsta la care se decelează cancerul bronhopulmonar, remarcăm faptul că cele mai multe cazuri apar la persoane în etate de peste 40 de ani, atingînd un maxim între 51 şi 60 de ani ; la cele în vîrstă sub 30 de ani, aceste cazuri sînt excepţional de rare.

Dintre factorii exogeni, *tutunul* ocupă un loc important. Riscul cancerigen produs de tutun este legat atît de numărul de ţigări fumate pe zi, cît şi de durată (numărul de ani). Subliniem că majoritatea studiilor efectuate consemnează că 87—90% dintre bolnavii de cancer bronhopulmonar au fost mari fumători. Cercetările chimice au evidenţiat un mare număr de substanţe cancerigene în fumul de tutun, între care 3-4 benzpiren, oxid de carbon, acroleină, hidrocarburi, fenoli etc., substanţe cu acţiune iritativă asupra mucoasei bronşice.

Avînd în vedere indubitabilul rol cancerigen al fumului de ţigară şi ţinînd seama de dificultăţile de stabilire a diagnosticului, apare ca o concluzie practică, de primă importanţă în lupta oncologică, intensificarea eforturilor de a convinge pe fumători să abandoneze acest toxic de plăcere cu mare extindere la cele două sexe, cît şi pe tineri de a nu recurge la fumat. Fără îndoială că în această luptă trebuie atraşi toţi factorii educaţionali : şcoala, familia şi personalul sanitar.

Poluarea aerului şi *noxele profesionale* sînt, de asemenea, considerate factori cu acţiune cancerigenă, constatîndu-se o

creştere a cancerului bronhopulmonar în oraşe puternic industrializate, cu un ridicat grad de poluare a atmosferei. Un rol însemnat în poluarea atmosferei o au autovehiculele prin gazele de eşapament, vaporii de benzină, uleiurile arse, toate fiind elemente cu potenţial cancerigen.

Despre inflamaţiile cronice pulmonare (bronşitele cronice, fibrozele pulmonare, dilataţiile bronşice — bronşiectaziile —, pneumoniile cronice, tuberculoza pulmonară cronică, pneumoniile atipice virotice) s-a discutat foarte mult, ele putînd degenera în afecţiuni neoplazice.

În unele cazuri, leziunile cronice pulmonare iritative, precum şi cicatricele pleuropulmonare, sînt considerate că pot pregăti grefarea unui cancer prin modificări tisulare locale, urmate ulterior de multiplicări celulare şi de atipia acestor noi celule.

Aceste leziuni, pe fondul cărora se pot dezvolta — în unele cazuri — cancere, sînt descrise în literatura de specialitate ca fiind leziuni precanceroase. Trebuie însă subliniat faptul că numai un număr restrîns din aceste cazuri evoluează nefavorabil, în direcţia instalării unui cancer.

Aspectele clinice sub care evoluează cancerele bronhopulmonare sînt variate, caracterizîndu-se prin semne funcţionale pulmonare, precum şi prin tulburări clinice întîlnite în numeroase boli ale aparatului respirator. Cunoaşterea acestor modalităţi clinice este decisivă pentru precizarea diagnosticului în timp util, în vederea aplicării tratamentului chirurgical. Insistînd asupra acestor aspecte, dorim să atragem atenţia asupra necesităţii prezentării bolnavilor la medic la momentul oportun, pentru a efectua investigaţiile necesare în vederea precizării naturii afecţiunii respective.

În evoluţia cancerului bronhopulmonar se distinge o etapă latentă, asimptomatică, şi o etapă cu manifestări clinice diverse.

Etapa asimptomatică are o durată variată, greu de apreciat. În această perioadă, diagnosticul poate fi stabilit numai printr-o depistare activă, constînd în controlul radiofotografic sistematic, periodic, al populaţiei cu risc cancerigen : persoane care au depăşit vîrsta de 40 de ani, persoane care în trecut au prezentat leziuni pulmonare cu modificări fibroase (tuberculoză pulmonară, bronşite cronice, pahipleurite), persoane care îşi desfăşoară activitatea în mediu cu noxe considerate ca avînd acţiune cancerigenă (derivaţi de huilă sau de combustie a petrolului, cobalt, arsen, uraniu, azbest, amiantă etc).

Insistăm asupra perioadei asimptomatice a cancerului bronhopulmonar, deoarece, depistat în acest stadiu, posibilităţile de tratament sînt mai eficiente, mărind mult şansele de vindecare durabilă. Rezultă, aşadar, necesitatea ca toate persoanele menţionate să se prezinte sistematic la controalele radiofotografice periodice.

Etapa simptomatică a cancerului bronhopulmonar se manifestă în mod variat, în raport cu particularităţile anatomice respective.

Aspectele clinice pot fi grupate astfel :

a) *Cancere caracterizate prin simptome funcţionale, constatate şi în alte boli ale aparatului respirator*, ceea ce face ca acestea să fie frecvent ignorate sau minimalizate de bolnav pentru o lungă perioadă de timp. La aceasta contribuie şi caracterul discret al acestor simptome, deşi persistenţa lor ar trebui să constituie semne revelatoare pentru existenţa procesului.

Tusea uscată, seacă, iritativă este unul din semnele funcţionale cele mai frecvente, expresie a unui reflex plecat de la nivelul procesului proliferativ. Ulterior, tusea poate să se însoţească de expectoraţie mucoasă, seromucoasă sau mucopurulentă, uneori cu striuri sanguine, fapt care va alerta persoana respectivă. Rezistenţa tusei la tratamentele obişnuite trebuie să fie semnul de alarmă care să determine consultul medical clinic şi radiologic.

Durerea toracică în punct fix, tenace, persistentă, cu alternanţe ale intensităţii, constituie un alt semn întîlnit în neoplasmul pulmonar. Ea se poate manifesta sub formă de apăsare, înţepături, nevralgie sau junghi toracic.

Febra sau stările subfebrile (37,2—37,4°) persistente pot surveni chiar în stadii puţin evoluate ale cancerului.

Dispneea (greutatea în respiraţie) constituie un semn funcţional în perioada incipientă a cancerului. Totuşi, în unele cazuri, putem întîlni chiar în stadii puţin evoluate crize de dispnee, sugerînd instalarea unui astm bronşic. Ulterior, paralel cu dezvoltarea cancerului, jena în respiraţie se agravează progresiv, fiind mai intensă în cursul unor eforturi fizice.

Simptomele funcţionale ale aparatului respirator menţionate (tusea, durerea toracică, jena în respiraţie, febra, precum şi rezistenţa lor la tratamentele obişnuite) trebuie să atragă atenţia în special persoanelor care au depăşit vîrsta de 40 de ani.

b) *Cancere bronhopulmonare* manifestate prin tablouri clinice acute, *care pot sugera procese inflamatorii pulmonare sau pleurale*, cum ar fi : pneumonia, bronşita acută, abcesul pulmonar, pleurezia. Sînt bine cunoscute o serie de modalităţi clinice prin care poate evolua cancerul bronhopulmonar, dintre care amintim :

formele pseudobronşitice, pseudopneumonice, pseudosupurative pulmonare, pseudogripale.

— *Forma pseudobronşitică* a cancerului bronhopulmonar se caracterizează prin tuse iritativă uscată, senzaţie de usturime retrosternală, iar ulterior apare expectoraţie mucoasă sau mucopurulentă ; uneori sînt prezente striuri sanguine în expectoraţie, stare subfebrilă şi cefalee.

— *Forma pseudopneumonică* se manifestă cu junghi toracic puternic, febră ridicată 39°, frisoane, tuse cu expectoraţie mucoasă, uneori cu striuri sanguine ; starea generală este alterată ; apare dispneea (dificultatea în respiraţie).

— *Forma pseudosupurativă* pulmonară se caracterizează prin febră, cu mari oscilaţii, frisoane repetate, expectoraţie abundentă mucopurulentă, alterarea stării generale.

— *Forma pseudogripală* constă în alterarea stării generale, mici frisoane, cefalee, mialgii (dureri musculare), artralgii (dureri articulare), febră, inflamaţie oculonazală şi traheobronşică, astenie, tuse seacă.

— *Formele manifestate prin colecţie lichidiană pleurală* se constată, în special, în cazul în care procesul tumoral este situat în vecinătatea pleurei. Bolnavul prezintă junghi toracic puternic, jenă în respiraţie, tuse uscată iritativă, febră ridicată.

Toate aceste forme clinice acute sub care se manifestă cancerul bronhopulmonar pot să determine adesea erori de diagnostic. Aceste erori se pot efectua cu uşurinţă, deoarece sub tratamentul intens cu antibiotice fenomenele clinice (febra, junghiul toracic, tusea, dispneea) dispar, sugerînd natura benignă a procesului. Pentru a evita asemenea erori de diagnostic, accentuăm asupra importanţei unui control clinic şi de laborator încă o perioadă de timp după amendarea semnelor clinice.

Explorările de laborator şi în special cele radiologice sînt de mare ajutor, furnizînd informaţii care permit aprecierea corectă a naturii reale a procesului, respectiv existenţa cancerului bronhopulmonar. Astfel, viteza de sedimentare a hematiilor în cancerul bronhopulmonar indică valori ridicate, care se menţin şi în perioada de aparentă ameliorare clinică.

Investigaţia radiologică se dovedeşte decisivă, deoarece evidenţiază persistenţa imaginii anormale pulmonare, chiar în caz de înşelătoare vindecare clinică. De aceea, este imperios necesar ca orice proces patologic pulmonar acut să fie sistematic controlat radiologic pînă la completa vindecare.

c) *Cancerele bronhopulmonare se pot manifesta uneori prin instalarea insidioasă, progresivă, lentă, a unor semne clinice, sugerînd din această cauză existenţa unei tuberculoze pulmonare.*

Forma pseudotuberculoasă a cancerului bronhopulmonar se caracterizează prin : stări subfebrile, tuse uscată, uneori cu striuri sanguine, astenie, inapetenţă, pierdere ponderală.

Semnele de alterare a stării generale au o valoare redusă în ceea ce priveşte diagnosticul cancerului în perioada utilă intervenţiei chirurgicale. Subliniem că starea generală se poate menţine aparent bună pentru o lungă perioadă de evoluţie. Astenia, adinamia, inapetenţa, pierderea ponderală accentuată, paloarea tegumentelor reprezintă semne care traduc stadii avansate de evoluţie a cancerului.

În toate circumstanţele clinice menţionate, bolnavul trebuie să se prezinte de urgenţă la medic.

În diagnosticul cancerului bronhopulmonar şi în diagnosticul diferenţial cu alte procese patologice pulmonare, examenul radiologic are o valoare deosebită. După caz, se vor efectua radiografii, tomografii, eventual bronhografii, care furnizează informaţii esenţiale pentru stabilirea diagnosticului şi a unei conduite terapeutice.

Avînd în vedere numărul îmbolnăvirilor de cancer bronhopulmonar, gravitatea procesului şi prognosticul sumbru, principalul obiectiv în acest domeniu este de a diminua incidenţa cazurilor prin măsuri de profilaxie generală şi medicală.

Pe plan general, ca un obiectiv prioritar se înscrie campania sistematică pentru *renunţarea la fumat,* principal factor cancerigen. Trebuie combătute toate prejudecăţile şi argumentele, inclusiv cel financiar, pentru înlăturarea acestui adevărat flagel care este tutunul. De asemenea, este necesar să se respecte întocmai legislaţia privind protecţia muncii în mediile cu noxe, să se combată, prin măsuri adecvate, poluarea atmosferei, inclusiv prin introducerea unei tehnologii moderne. Aceasta este o sarcină fundamentală, la care trebuie să. conlucreze factorii de decizie, împreună cu întreaga populaţie.

Pe plan medical, o atenţie deosebită trebuie acordată persoanelor cu risc cancerigen, în special celor care au prezentat leziuni pulmonare în antecedente şi care s-au cronicizat.

Diagnosticul cancerului bronhopulmonar în stadii puţin evoluate constituie o reală acţiune cu caracter profilactic, deoarece în asemenea cazuri şansele de vindecare sînt maxime, redînd astfel societăţii şi familiei un lot important de persoane în plină putere creatoare.

Este binecunoscut faptul că în țările dezvoltate sau pe cale de dezvoltare, cele mai răspîndite boli sînt cele cardiovasculare, printre care boala coronariană ocupă un loc de frunte, avînd și importante implicații social-economice. Boala coronariană este determinată, în marea majoritate a cazurilor, de ateroscleroză — ceea ce duce la îngroșarea arterelor coronare, care aduc mușchiului inimii sîngele necesar bunei sale funcționări. Mai sînt incriminate și alte cauze, dar care se întîlnesc mai rar : spasme vasculare, boli ale valvelor inimii sau embolii, care pot determina o tulburare a circulației coronariene.

Boala coronariană, atunci cînd devine evidentă, se caracterizează brin crize dureroase de scurtă durată, localizate în piept, ce apar mai ales în timpul eforturilor, constituind ceea ce se numește angina de piept, sau printr-o durere intensă, cu durată lungă de cîteva ore, însoțită de obicei de scăderea tensiunii arteriale, neliniște, transpirații, palpitații, simptome ce definesc infarctul miocardic. Acesta urmează de obicei unei perioade mai lungi sau mai scurte de crize de angină de piept sau uneori se manifestă brutal, pe fondul unei stări de sănătate aparentă. Infarctul miocardic este forma mai gravă a bolii coronariene, în cadrul căreia se produce distrugerea unei părți din mușchiul inimii, spre deosebire de angina de piept unde tulburările de circulație a inimii sînt tranzitorii. În unele cazuri, boala coronariană este latentă, fiind descoperită numai cu ajutorul electrocardiogramei. În general, ea este considerată o afecțiune severă, prin urmările pe care le poate avea, iar în cazul infarctului miocardic, destul de gravă, punînd în pericol viața bolnavului.

Într-adevăr, complicațiile infarctului miocardului și mai ales cele care apar la începutul bolii (chiar în primele ore) sînt redutabile și fac ca această boală să inspire teamă atît bolnavilor, cît și medicilor. Dar cu toate acestea, progresele realizate în decursul ultimelor două decenii ne fac să înfruntăm mai bine pregătiți această boală. Afirmația, care conține o notă de optimism, este întemeiată pe argumente obiective.

Prin studii îndelungate, făcute pe grupuri populaționale mari, ale căror rezultate au fost analizate prin metode moderne statistico-matematice, au scos în evidență existența unor factori ce pot favoriza apariția bolii, cum sînt : hipertensiunea arterială, creșterea colesterolului în sînge, fumatul (factori majori), sedentarismul, obezitatea, diabetul zaharat, ereditatea, modul de alimentație și altele. Acești factori — astăzi binecunoscuți — cu unele variații în ceea ce privește importanța lor, în funcție de zona geografică, denumiți factori de risc coronarieni, pot fi eliminați prin măsuri adecvate. Educarea populației constituie un mijloc de mare importanță în prevenirea bolii ; cu cît măsurile de combatere a factorilor de risc încep să intre în acțiune la o vîrstă mai tînără, cu atît rezultatele vor fi mai bune.

Dacă boala coronariană a devenit evidentă, îndepărtarea factorilor de risc poate ajuta la ameliorarea afecțiunii, în orice fază de evoluție a acesteia. De asemenea, o condiție esențială o constituie și diagnosticul precoce al bolii, cu alte cuvinte identificarea ei prin metodele clinice și electrocardiografice. Din acest punct de vedere, se poate afirma că s-au făcut progrese remarcabile : datorită educației sanitare mereu mai eficiente, un număr tot mai mare de bolnavi consultă medicul în faza inițială a bolii, aceasta putînd fi diagnosticată mai timpuriu, cu ocazia unor examene de rutină, controale medicale făcute pentru angajări, pentru eliberarea permiselor de conducere auto etc. Or, este cunoscut faptul că o boală diagnosticată în faza inițială are multe șanse de a avea un mers favorabil, bineînțeles, cu condiția ca bolnavul să-și însușească și să aplice sfaturile medicului și indicațiile de tratament.

O problemă principală o ridică infarctul miocardic, gravitatea bolii constînd în complicațiile sale : aritmii, șoc, insuficiență cardiacă, embolii. Cele mai frecvente complicații și, în același timp, mai periculoase — amenințînd viața bolnavilor — apar la începutul bolii, în primele ore sau zile. Actualmente, există în spitalele mari, secții speciale de tratament al coronarienilor, care posedă mijloace moderne prin care pot fi combătute multe din complicațiile grave menționate.

Este important de subliniat că, de cele mai multe ori, infarctul miocardic nu apare în mod brutal la un individ care se găsea pînă atunci în stare de sănătate. Adesea, infarctul este precedat cu mult timp înainte de crize de angină de piept, cunoscute sau, din păcate, uneori ignorate de bolnavi, dacă acestea sînt ușoare și se produc rar. Bolnavii care își cunosc suferința sînt avertizați de orice modificare în simptomele bolii, în sensul înrăutățirii acestora și de aceea trebie să se adreseze de urgență medicului, care prin mijloace corespunzătoare poate uneori împiedica apariția infarctului sau, dacă acesta s-a produs, poate influența cursul bolii în sens favorabil. În ultimele două decenii, studii clinice aprofundate și verificate au arătat că aproape jumătate din cazurile cu infarct miocardic care au prezentat o simptomatologie premergătoare cu cîteva săptămîni, zile sau ore înainte de producerea infarctului, au permis adoptarea unei atitudini adecvate. La cunoașterea acestei simptomatologii, o contribuție substanțială a adus școala de cardiologie de la Spitalul Colțea, inițiată și condusă de regretatul acad. prof. dr. Bazil Teodorescu, care a descris magistral această stare de suferință, sub numele foarte sugestiv de iminență de infarct miocardic. Descoperirea în timp util a stării care precede infarctul și tratamentul corect administrat constituie elemente prețioase în lupta pe care o duce medicul pentru evitarea apariției acestei forme severe a bolii coronariene.

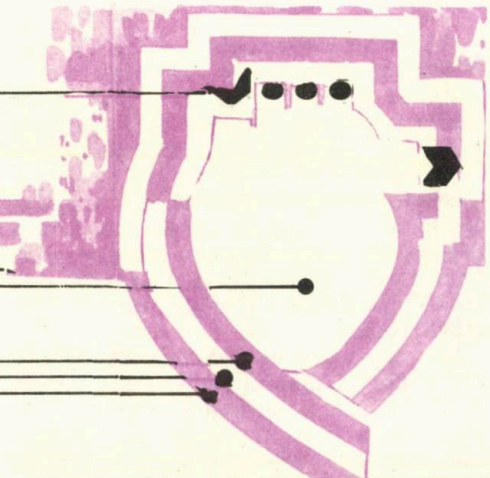
Un aspect deosebit legat de infarctul miocardic este de natură psihologică și socială. Pînă nu de mult, bolnavilor cu infarct miocardic li se recomanda repaus strict la pat timp îndelungat, urmat de un repaus de lungă durată în casă, iar reluarea activității se făcea parțial sau era chiar interzisă, în funcție de evoluția bolii. Această lungă inactivitate fizică și interzicerea exercitării anumitor profesiuni corespunzătoare pregătirii bolnavilor respectivi favorizau apariția unor stări de demoralizare sau chiar de deprimare, la care se adăuga pierderea care se făcea simțită în activitatea social-economică a unor oameni utili societății.

Actualmente, în cazul în care boala evoluează fără complicații, reabilitarea fizică începe mai devreme, după un program aplicat de personalul de specialitate, sub o atentă supraveghere medicală, ceea ce duce la scurtarea duratei internării și la o reluare mai timpurie, în mod progresiv, a activității fizice și intelectuale. Astfel, reîntoarcerea la o viață normală este obținută fără dificultate. Bolnavului, considerat clinic „vindecat", i se permite mersul pe jos, în raport de gradul său de antrenament, urcarea scărilor și practicarea unor sporturi ca : gimnastică, înot, bicicletă etc., care nu necesită eforturi intense. Conducerea automobilului și călătoriile cu avionul sînt permise după aproximativ 3 luni de la debutul bolii. Tot după acest interval poate fi reluată activitatea profesională, evitîndu-se cauzele de tensiune nervoasă și surmenajul. Uneori, se recurge la schimbarea profilului de muncă. Bineînțeles, toți acești bolnavi considerați „vindecați" trebuie să respecte măsurile igienodietetice aplicate cardiacilor, în general, și celor coronarieni, în special. Controalele medicale periodice sînt necesare, pentru a evita orice factor care ar putea favoriza reactualizarea bolii.

Așadar, din cele prezentate, rezultă că angina de piept poate regresa sau chiar să dispară dacă este tratată corect, astăzi existînd mai multe posibilități decît în trecut pentru prevenirea bolii, mijloace mai bune pentru recunoașterea unei stări care anunță producerea unui infarct, măsuri terapeutice mai eficace pentru combaterea unor complicații grave și metode de recuperare care asigură o reinserare mai precoce în viața de familie și în societate. Putem afirma deci că există posibilitatea de a privi cu mai mult optimism lupta împotriva acestei boli.

Conf. dr. **POMPILIU POPESCU**
Spitalul clinic al municipiului București

bolile de INIMĂ și efortul fizic



DR. **N. CRĂNGULESCU**
Spitalul „Colțea"

Bolile cardiovasculare constituie principala problemă de sănătate publică în țările industrializate atît prin frecvență, cît și prin gravitatea lor. Dealtfel, în toate țările europene, precum și în numeroase regiuni ale lumii, aceste afecțiuni reprezintă prima cauză de mortalitate. Așa se explică preocuparea deosebită a medicinii contemporane pentru prevenirea și diagnosticarea precoce a suferințelor cardiace. Unul din simptomele de bază care atrage atenția asupra unei eventuale afecțiuni cardiace este dispneea de efort, senzația de „sete de aer" care apare mai întîi la eforturi fizice mari, iar apoi, dacă boala evoluează, la eforturi fizice din ce în ce mai mici.

Dispneea de efort apare însă și la oamenii sănătoși, în condiții de efort fizic crescut. Această senzație de sete de aer depinde de : vîrstă, sex, constituție somatică, grad de antrenament, precum și de componente psihice. Dar senzația de „sete de aer" poate să apară și în afecțiunile aparatului respirator, în anemii, putînd fi exagerată de nevroticii anxioși sau minimalizată de cei care nu doresc să apară în postura de handicapați. Trebuie semnalat faptul că dispneea de efort este proporțională cu efortul, durează tot timpul desfășurării acestuia și dispare la puține minute după reintrarea în repaus. Progresează odată cu evoluția bolii și poate să diminueze în urma unei terapii eficiente.

Un bolnav care efectuează o activitate fizică va observa că dispneea apare inițial la eforturi fizice neobișnuite, ulterior în timpul solicitărilor de vîrf ale muncii profesionale, pentru ca apoi aceasta să nu mai poată fi exercitată. La persoanele cu activități casnice, dispneea se manifestă adeseori inițial la purtatul greutăților, spălatul rufelor, tăiatul lemnelor, căratul găleților cu apă etc. De aceea, avînd în vedere valoarea simptomului pentru diagnostic, se recomandă ca la apariția celei mai mici nereguli în respirație să fie consultat medicul.

Dar dacă efortul fizic prezintă importanță pentru diagnosticarea bolilor cardiace, în aceeași măsură trebuie să subliniem și importanța exercițiului fizic în tratamentul cardiopatiilor. Eficacitatea antrenamentului fizic în tratamentul bolilor de inimă, în special în tratamentul cardiopatiilor ischemice, în urma infarctului miocardic etc. a făcut, în ultimii ani, obiectul a numeroase dezbateri.

Exercițiul fizic, cu rol terapeutic, este motivat de faptul că ameliorează capacitatea cardiovasculară, exprimată prin toleranța la efort. Este știut că după un infarct miocardic, capacitatea de efort este mult scăzută și de aceea activitatea trebuie reluată treptat și cu prudență. În acest caz, antrenamentul fizic, bine dozat, echilibrat, urmărește să readucă bolnavul cît mai aproape de capacitățile sale fizice, psihice și intelectuale existente înainte de îmbolnăvire.

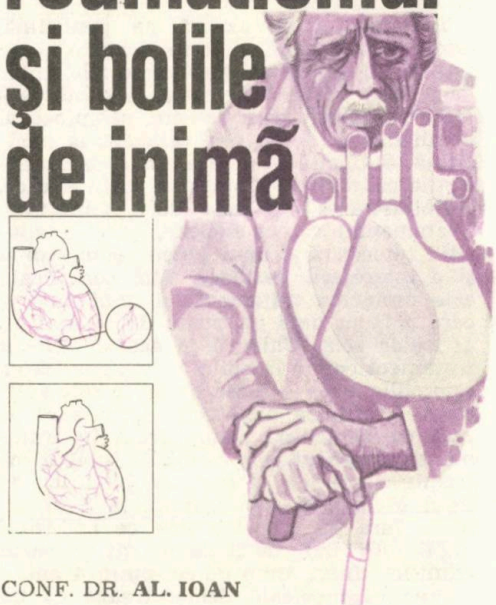
Activitatea fizică este capabilă de a diminua travaliul cardiac, reducînd frecvența cardiacă și presiunea sanguină. De asemenea, se mai obțin și efecte metabolice, cum ar fi reducerea lipidelor plasmatice sau modificări ale metabolismului muscular, care pot influența favorabil procesele fiziopatologice ale cordului ischemic. Dar activitatea fizică poate diminua și alți factori de risc ai cardiopatiei ischemice, avînd în același timp și un efect psihologic asupra bolnavului, reducînd sau înlăturînd anxietatea, teama de boală și de urmările ei. În acest fel, încadrarea bolna-

vului în mediul social, familial şi profesional, se va face mult mai repede.

Trebuie menţionat că rezultatele variabile obţinute în urma antrenamentului fizic la bolnavii care au prezentat un infarct miocardic sînt în funcţie de starea funcţională a miocardului. Astfel, la un bolnav cu o funcţie miocardică aproape normală, antrenamentul fizic este condus cu uşurinţă, în timp ce, dacă funcţia de contractilitate miocardică este diminuată, inima nu poate face faţă necesităţilor circulatorii ale altor organe, care cresc cu antrenamentul fizic, ceea ce face ca rezultatul să nu fie cel scontat. De aceea, efortul fizic necesită multă atenţie şi prudenţă atît din partea bolnavului, cît şi a medicului. Studii recente au arătat că la bolnavii care acuzau durere de tip angină pectorală după eforturi moderate, s-a obţinut o creştere a toleranţei la efort, în urma antrenamentului fizic, în jur de 50%.

În concluzie, la recomandarea efortului fizic, ca mijloc terapeutic, este necesar ca medicul să cunoască bine bolnavul, istoricul bolii, antecedentele personale, precum şi bilanţul clinic şi biologic, pentru ca acesta să nu ducă, în final, la recidiva bolilor de inimă, în general, şi a infarctului miocardic, în special.

reumatismul şi bolile de inimă



CONF. DR. **AL. IOAN**

În cel aproape un veac şi jumătate de cînd Bouillaud a demonstrat legătura între reumatism şi bolile de inimă, medicina a parcurs un drum lung şi spinos, încununat însă de un remarcabil succes, ai cărui beneficiari sîntem noi adulţii sau tinerii de azi. Cuvîntul reumatism este un termen generic sub care se ascund numeroase boli deosebite între ele : unele de cauză cunoscută, altele determinate de factori ce au fost numai în parte descifraţi ; unele grave, determinînd invalidităţi locomotorii, altele uşoare. Din aceste numeroase boli reumatismale, numai una, reumatismul articular acut, interesează inima cu o remarcabilă frecvenţă şi chiar determină suferinţe cardiace, fără a fi precedate de manifestări articulare. Este vorba, aproape întotdeauna, de o boală a copilului şi a adultului tînăr, care începe de obicei între 5 şi 15 ani şi cu totul excepţional după 20 de ani. De aceea, adulţii — părinţi sau bunici — trebuie să se preocupe mai degrabă de reumatismul copiilor şi nepoţilor decît de o posibiliă legătură între propriile suferinţe reumatismale şi o eventuală boală de inimă.

Reumatismul articular acut este o boală frecventă în toate ţările lumii, o adevărată boală socială, ceea ce a justificat, în bună măsură, faptul că Liga internaţională contra reumatismului, cu sprijinul organizaţiilor mondiale ale sănătăţii, a declarat anul 1977 „Anul mondial al reumatismului", demonstrînd încă o dată marea semnificaţie a problemei pentru lumea contemporană. Un element esenţial al luptei împotriva reumatismului articular acut şi a cardiopatiilor reumatismale îl reprezintă faptul că ultimele două-trei decenii au precizat cauza bolii şi mijloacele de profilaxie şi tratament medicamentos adecvate.

Dacă nu există ţară scutită de reumatism articular acut, în schimb frecvenţa şi gravitatea bolii sînt diferite de la ţară la ţară.

Reumatismul articular acut este produs întotdeauna de un microb anume, streptococul betahemolitic tip A, şi urmează de obicei unei angine acute, după una pînă la trei săptămîni. Chiar în cazul în care episodul iniţial de amigdalită, faringită sau „răceală" a fost trecut cu vederea, medi-

cul poate dovedi retrospectiv existența acestei infecții prin teste de laborator, dintre care cel mai utilizat este determinarea antistreptolizinelor O (ASLO). Cazurile de angină streptococică sînt extrem de numeroase, îndeosebi în orașe și în colectivitățile de copii, evoluînd uneori ca mici epidemii. Din fericire, puține persoane care au contractat o astfel de boală banală fac ulterior reumatism articular acut (aproximativ 3%), dar ținînd seama de gravitatea bolii, incidența este departe de a fi, pe scară socială, neglijabilă.

Factorii care determină predispoziția unor indivizi la apariția acestei boli sînt puțin cunoscuți. Intervine, cu mare probabilitate, un factor genetic. Argumentul incidenței crescute a bolii în unele familii este contestabil, dar deoarece este greu de exclus contagiunea intrafamilială a anginei streptococice, constatarea faptului a avut doar meritul de a atrage atenția asupra acestui aspect. Studiile pe gemeni monozigoți (identici) și gemeni heterozigoți (care nu seamănă mai mult decît frații obișnuiți) au dovedit o concordanță mult mai mare în prima grupă. Se pare, de asemenea, că persoanele cu grupa sanguină 0 (I) au o oarecare imunitate față de boală, iar cele cu grupa A (II), o susceptibilitate mărită. De asemenea, cei predispuși realizează o angină acută, cu titruri ASLO mai mari. Aceste noțiuni deschid perspective interesante de viitor, dar nu pot constitui bază solidă pentru profilaxie.

Iată, așadar, că după 1—3 săptămîni, 3% din copiii sau adolescenții care au făcut o angină streptococică dezvoltă un puseu de reumatism cu : dureri articulare, umflarea și înroșirea articulațiilor. Procesul interesează mai multe articulații, îndeosebi pe cele mari, se mută de la o articulație la alta și cedează fără tratament în 3—6 săptămîni. Aspirina și alți produși pe bază de acid salicilic sînt extrem de eficace asupra manifestărilor articulare. Acestea dispar fără urme, dar au tendința de a recidiva cu ocazia anginelor ulterioare.

Suferința articulară nu este însă întotdeauna atît de tipică și numai medicul poate formula un diagnostic exact. Părinții nu trebuie să accepte cu ușurință ideea unor dureri de creștere, fără semnificație, deoarece în spatele lor se poate ascunde o boală deosebit de gravă. Uneori manifestările articulare lipsesc cu desăvîrșire și leziunile cardiace se constituie pe neștiute. Amigdalitele sau faringitele repetate ale copiilor și adolescenților trebuie să constituie un semn de alarmă, impunînd un examen medical. Gravitatea reumatismului nu constă în leziunile articulare, ci în faptul că interesarea inimii este practic constantă, apărînd suferințe ale tuturor straturilor acestui organ : endocard, miocard, pericard. Sînt grave îndeosebi interesările valvulelor cardiace, așa-numitele valvulopatii, între care citățm pe cele mai comune : stenoza și insuficiența mitrală, stenoza și insuficiența aortică, care se constituie uneori în luni sau ani după puseul reumatismal.

În toate țările lumii, afecțiunile cardiace cele mai comune la vîrste tinere au astăzi o cauză reumatismală.

Cum se poate preveni reumatismul articular acut, în general, și cardiopatiile reumatismale, în special ?

Baza profilaxiei primare o constituie tratamentul corect al anginelor streptococice. În lipsa posibilităților determinării de laborator sau pînă la obținerea rezultatelor, medicul instituie tratamentul pe baza datelor clinice : debut brusc cu febră mare, dureri în gît, aspectul roșu al amigdalelor cu depozite albe.

Tratamentul se axează pe penicilină, administrată după diverse scheme, care trebuie să dureze cel puțin zece zile, chiar dacă febra scade și bolnavul se simte perfect însănătoșit. Din fericire, streptococul betahemolitic A nu este rezistent la penicilină. Sulfamidele, alte antibiotice cu excepția eritromicinei, sînt mai puțin eficace. Administrarea lor este deci neindicată. Tratamentul corect exclude, practic, apariția ulterioară a unui puseu reumatismal și a interesării cardiace. Mai complicată este problema tratamentului unui bolnav care a făcut deja un puseu de reumatism articular acut. Chiar dacă acesta a făcut tratament corect în spital — și spitalizarea este obligatorie — acest lucru nu este suficient. Profilaxia recidivelor trebuie realizată cu penicilină administrată în tratament permanent, sub formă de injecții intramusculare de penicilină depozit, de tipul Moldamin, administrate la 2 săptămîni, fără întrerupere, pînă ce pacientul împlinește vîrsta de 25 de ani sau, în cazul adulților tineri, timp de cel puțin 4 ani.

Practica medicală demonstrează că un mare număr de pacienți abandonează tratamentul înainte de vreme, cu consecințe de o incalculabilă gravitate. Faptul că bolnavul a fost operat de amigdale nu constituie un motiv de întrerupere a tratamentului.

Chiar la indivizii la care s-a constituit o valvulopatie reumatismală, tratamentul medical și uneori cel chirurgical sînt eficace, dar profilaxia instituită pe plan individual, familial și social rămîne preferabilă.

cauzele și mecanismul ulcerului gastric și duodenal

CONF. DR. DOC.
BENEDICT GHEORGHESCU
Spitalul clinic „Fundeni"

Ulcerul gastric și cel duodenal, deși parțial deosebite din punct de vedere al cauzelor și mecanismelor, au foarte multe aspecte comune. Această afecțiune este mult răspîndită, în prezent apreciindu-se o frecvență cuprinsă între 2 și 15% din populația adultă, în funcție de zona geografică.

Deși cauzele și mecanismele acestor două localizări ale afecțiunii nu sînt pe deplin elucidate, medicina actuală posedă totuși o serie de date convingătoare privind apariția ulcerului gastric și duodenal. O primă constatare a demonstrat că ulcerul duodenal este de 3—4 ori mai frecvent la bărbați decît la femei, în timp ce ulcerul gastric este relativ egal repartizat între cele două sexe, cu o creștere ușoară a frecvenței la sexul feminin.

Vorbind de această afecțiune, este necesar să abordăm, în primul rînd, problema *terenului ulceros*, deoarece nu toți indivizii supuși acelorași cauze fac ulcer. Prin teren ulceros înțelegem un complex de factori care, în fața unor condiții speciale de viață și de muncă, pot genera leziunea ulceroasă. Dar pentru a înțelege mai bine această situație, trebuie să precizăm care sînt cele două elemente primordiale recunoscute în rezolvarea „ecuației ulceroase":

— forța de apărare a mucoasei gastroduodenale, reprezentată de stratul protector de mucus, de calitatea celulelor care alcătuiesc mucoasa gastrică și de irigația sanguină a acesteia;

— factorii de agresiune, reprezentați în special de secreția excesivă de *acid clorhidric* și *pepsină* — substanțe normale ale stomacului — cu rol în pregătirea digestiei gastrice a alimentelor și în apărarea contra germenilor care ar ajunge eventual în stomac.

În condiții normale, efectul chimic iritant și distructiv al acidului clorhidric și al pepsinei este anihilat printr-o bună protecție a mucoasei gastrice, acțiunea acestor substanțe fiind orientată, în special, asupra conținutului din lumenul gastric.

Se consideră că ulcerul gastric este expresia unei slabe rezistențe a mucoasei gastrice, care nu mai poate face față agresiunii clorhidrice și peptice, în timp ce ulcerul duodenal este expresia creșterii factorilor de agresiune prin excesele de sinteză și elaborare ale acidului clorhidric și pepsinei.

În acest context, putem înțelege mai bine noțiunea de teren ulceros, el putînd fi determinat de situații care deteriorează funcția de apărare a mucoasei gastrice sau care exagerează funcția secretorie a stomacului. Există o serie de afecțiuni care, slăbind rezistența organismului, pot duce și la o scădere a rezistenței mucoasei gastrice. Printre acestea menționăm: bolile hepatice cronice, bolile pulmonare și cardiace cronice, stările de denutriție, arteriscleroza. Dintre factorii care măresc puterea de agresiune a secreției gastrice menționăm, în primul rînd, pe cei genetici. Se cunosc numeroase situații de ulcere familiale, moștenindu-se predispoziția de a sintetiza în exces acidul clorhidric și pepsina. Aceasta se realizează fie prin transmiterea ereditară a unei populații mari de celule gastrice acid-secretante (oxintice) și pepsin-secretante (principale), fie prin capacitatea acestor celule oxintice și principale, normale numeric, de a secreta mai mult acid clorhidric și pepsină. Pe de

altă parte, aceste condiții de secreție mare clorhidropeptică se realizează și la persoanele cu o excitabilitate crescută vegetativă, mai ales a nervului vag, care are sub controlul său secreția gastrică. În ultima decadă s-au pus în evidență și o serie de mecanisme umorale, care contribuie la desăvîrșirea „ecuației ulceroase". Una din aceste substanțe hormonale, fabricată de celulele endocrine din stomac, mai puțin în duoden și jejun, este *gastrina*, care are sub controlul său, ca și nervul vag, secreția clorhidropeptică, dar și menținerea unor condiții normale de apărare a mucoasei gastrice. Gastrinemiile mari se întîlnesc în unele ulcere de origine endocrină, asociate cu diaree, așa cum se întîmplă în sindromul Zollinger-Ellison.

Efectele agresive pot fi anihilate de o serie de alți hormoni duodenali, denumiți hormoni „de frînă", printre care menționăm, în special, *secretina*. Cînd aceștia lipsesc, factorii agresivi nu mai pot fi inhibați și atunci concentrația lor în sucul gastric crește.

Dar nu este suficientă această prezență a factorilor de agresiune și de apărare pentru a justifica apariția nișei ulceroase. Astfel, există mulți bolnavi cu hiperaciditate sau cu boli cronice hepatice, care nu fac ulcer gastric sau duodenal. Pentru apariția leziunii ulceroase caracteristice și a simptomelor cunoscute este nevoie și de prezența unor factori precipitanți, determinanți sau de agravare.

În această categorie menționăm :

— Alimentația nerațională, prin care se înțelege nerespectarea ritmului meselor, mîncarea bogată în condimente, rîntașuri etc. În aceste condiții se realizează o hipersecreție gastrică, care acționează în gol, dacă nu este păstrat ritmul alimentar, sau care acționează și prin efectul iritant asupra mucoasei gastrice, pe care îl au unele componente alimentare (grăsimi prăjite, suc de carne, de oase, condimente etc.).

— Alcoolul, mai ales concentrat sau consumat în cantități mai mari și în special pe stomacul gol sau fără o alimentație echilibrată în principiile nutritive de bază. Alcoolul este un iritant indiscutabil al mucoasei gastrice, producînd leziuni ale acesteia și, în același timp, excitînd secreția gastrică, fie direct prin acțiune asupra celulelor oxintice și principale, fie prin intermediul unei secreții crescute de gastrină. În combinație cu alimentația nerațională, acoolul crește potențialul ulcerogen.

— Consumul abuziv de cafea, mai ales pe stomacul gol, fumatul excesiv, de asemenea, pe nemîncate, reprezintă condiții care pot favoriza sau precipita apariția nișei ulceroase.

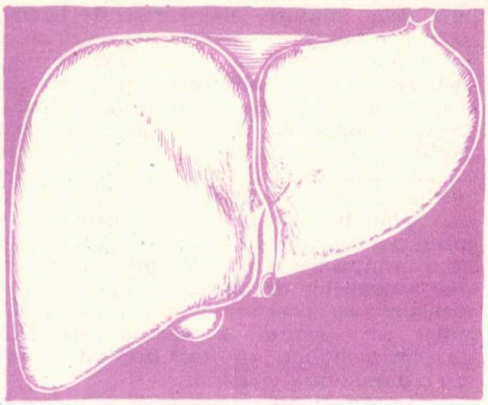
— Lipsa unui echilibru între activitatea zilnică și repaus, precum și tulburări ale somnului (insuficient sau nerelaxant). Această situație, dacă se cronicizează, poate să determine dezechilibrul funcțiilor vegetative, mai ales prin excitația nervului vag, care, așa după cum am menționat, printre alte funcții are sub controlul său și pe aceea a activității gastrice. Bolnavii cu ulcer gastric sau duodenal cunosc din proprie experiență că în timpul concediului de odihnă, petrecut rațional, în mediu pitoresc, cu plimbări, alimentație adecvată și repaus corespunzător, se simt cu mult mai bine.

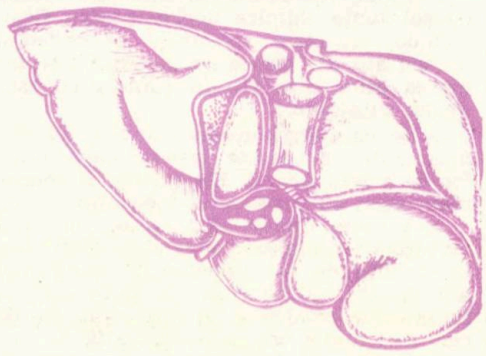
— Consumul abuziv, necontrolat și prelungit al unor droguri cu efecte recunoscute ca iritante pentru mucoasa gastrică, poate favoriza apariția ulcerului, precum și complicațiile acestuia, mai ales hemoragia și perforația. Printre acestea menționăm : aspirina, antireumaticele, unele antihipertensive, corticosteroizii, unele antibiotice etc. Din aceste motive, automedicația devine foarte periculoasă, medicul fiind singurul în măsură să facă recomandațiile corespunzătoare.

Cumulul acestor factori, pe terenul menționat, poate să ducă la apariția nișei ulceroase, dar nu în mod absolut obligatoriu. Există și situații paradoxale cînd întîlnim bolnavi cu ulcer gastric sau duodenal, deși aceștia sînt foarte disciplinați, duc o viață rațională, dar care au un teren ulceros încărcat, în timp ce alții care duc o viață dezordonată și plină de abuzuri nu fac ulcer. În această privință, trebuie să precizăm că sînt cazuri pe care cunoștințele medicale actuale nu le-au putut elucida încă.

Eliminarea factorilor menționați anterior, la care se asociază tratamentul medicametos și igienodietetic, contribuie în mare măsură la profilaxia ulcerului gastric și duodenal, precum și la atenuarea sau reducerea crizelor ulceroase.

cum prevenim bolile de ficat





DR. **GH. BUCUR**
Clinica medicală, Spitalul „Brîncovenesc"

Îmbolnăvirile ficatului aduc mari prejudicii funcționării normale a organismului și deci sănătății omului. Considerat ca „laboratorul central al organismului", locul unde se desfășoară cea mai mare parte a metabolismelor esențiale (glucidic, protidic, lipidic), ficatul asigură în plus, printre altele, degradarea unor substanțe inutile sau toxice, elaborarea unor enzime și proteine, precum și stocarea unor substanțe care intervin ulterior în metabolism, asigurînd astfel buna funcționare a organismului.

Intervenția unor factori nocivi duce la alterarea funcțională sau organică a ficatului, producînd leziuni de diferite grade, precum și la apariția stării de boală a acestuia, cu diferite manifestări pe plan clinic și biologic. Bolile de ficat odată constituite, ca urmare a acțiunii prelungite a unor factori cauzali, pun mari și dificile probleme de tratament.

Unele boli de ficat, cum sînt : cazurile grave de hepatită acută, hepatita cronică agresivă, ciroza hepatică creează mari probleme pentru asistența medicală curativă și cu toate progresele medicinii moderne, eficiența măsurilor terapeutice este adesea limitată și nu totdeauna pe măsura eforturilor depuse.

Iată de ce, în etapa actuală a cunoștințelor medicale și a posibilităților curative, atenția tuturor trebuie îndreptată, în primul rînd, spre bararea căilor de agresiune asupra ficatului, prin cunoașterea posibilităților de îmbolnăvire a acestuia și, mai ales, a mijloacelor de prevenire.

Care sînt principalii factori de îmbolnăvire a ficatului ?

În prezent, factorii de îmbolnăvire a ficatului au devenit mai numeroși, datorită înmulțirii agenților nocivi (infecții, substanțe toxice, factori poluanți), care, în anumite condiții, acționează asupra organismului și deci asupra ficatului.

Dintre factorii infecțioși, infecția virală este cea mai importantă și cea mai răspîndită. Ea determină ***hepatita epidemică***, una dintre cele mai severe boli infectocontagioase, prin consecințele pe care le are asupra sănătății organismului. Virusul hepatitei epidemice (virusul A) se poate transmite pe cale digestivă (alimente contaminate, apă, mîini murdare) sau pe altă cale decît cea digestivă (virusul de tip B), pătrunzînd în organism prin transfuzii de sînge și plasmă sau prin injectarea de medicamente cu seringi insuficient sterilizate. De aceea, hepatita cu virus B se mai numește și hepatită de „inoculare" sau de „seringă". Virusul se localizează în ficat, se multiplică și determină lezarea celulei hepatice pînă la distrugerea acesteia, apărînd în final manifestările caracteristice

bolii, care uneori poate evolua grav sau foarte grav.

Nu numai virozele duc la îmbolnăvirea ficatului, ci şi alte infecţii transmise de om sau animale. Printre aceste infecţii o importanţă deosebită o au salmonelozele sau leptospirozele, transmise prin contactul cu animale (şobolani, cîini) sau cu excreţiile lor.

Complexitatea vieţii moderne, o serie de factori industriali şi sociali constituie multiple condiţii prin care o serie de substanţe sau produşi toxici acţionează asupra organismului uman, ducînd la îmbolnăviri generale sau de organ, îndeosebi la îmbolnăviri ale ficatului.

Există substanţe toxice care au o adevărată predilecţie pentru ficat, fie prin metaboliţii lor (produse de dezintegrare), fie prin concentrarea lor în ficat, atacînd celulele şi enzimele acestuia. Astfel sînt : tetraclorura de carbon, dimetilnitrozamina (anticoroziv), naftenii, difenilii (din industria izolatorilor electrici), fosforul (insecticidele fosforate), tetracloretanul, trinitrotoluenul. Unele ciuperci otrăvitoare *(Amanita phalloides)* sînt, de asemenea, deosebit de toxice pentru ficat. Aceste substanţe determină o infiltraţie grasă a ficatului, cu alterarea celulei hepatice, rezultînd *hepatita toxică.*

Întrebuinţarea pe scară largă, uneori chiar fără indicaţii medicale, a medicamentelor — substanţe chimice foarte active — a dus la apariţia unei patologii hepatice de origine medicamentoasă. În acest context trebuie menţionate, printre altele, sărurile de aur, unele anestezice (halotan, cloroform), unele antibiotice (novobiocina, triacetiloleandomicina), unele tuberculostatice, medicamente anticanceroase, precum şi unele substanţe hormonale.

O puternică influenţă asupra organismului uman, cu mari implicaţii de ordin biologic şi social, o reprezintă *abuzul de alcool.* Alcoolul, inclus în cele mai variate forme de băuturi, de la „inofensiva" bere şi pînă la cele mai tari şi rafinate produse, cu cele mai îmbietoare denumiri, acţionează asupra organismului în mod complex, producînd cu timpul degradarea biologică şi îmbolnăvirea îndeosebi a organelor digestive, a ficatului şi sistemului nervos. Efectele dezastruoase ale alcoolului asupra ficatului sînt cunoscute de multă vreme. Dacă sînt controverse asupra felului cum acţionează alcoolul în determinarea leziunilor hepatice, în schimb, asupra rolului nefast al alcoolului consumat timp îndelungat există un consens unanim, fiind un fapt demonstrat. Studii efectuate asupra alcoolicilor au arătat o incidenţă a bolii de ficat (ciroza) cu atît mai crescută cu cît alcoolul a fost consumat timp mai îndelungat, mai constant (în fiecare zi) şi în cantitate mai mare. De asemenea, riscul îmbolnăvirii este cu atît mai mare cu cît alcoolul este ingerat fără o alimentaţie substanţială.

Cum putem preveni îmbolnăvirile ficatului ?

— Hepatita epidemică, cea mai frecventă îmbolnăvire a ficatului, poate fi prevenită prin măsuri elementare de igienă, care constau în : menţinerea curăţeniei corporale, a mîinilor, igiena WC-urilor, spălarea în mai multe ape a fructelor şi legumelor. În caz de epidemie, se impune izolarea bolnavilor, a contacţilor. Pentru preîntîmpinarea hepatitei serice, măsurile se iau, mai ales, din partea personalului medico-sanitar : sterilizarea corectă a seringilor, flacoanelor de transfuzii, depistarea purtătorilor de virus, împiedicîndu-i să transmită boala (nu sînt primiţi în rîndul donatorilor de sînge). Organele medico-sanitare, constatînd starea de epidemie, pot institui profilaxia specifică cu gamaglobuline cu efect preventiv pentru o durată de cîteva luni.

— În locurile de muncă unde se lucrează cu substanţe chimice nocive pentru ficat, trebuie respectate măsurile de protecţia muncii atît din partea instituţiei, cît şi din partea celor care vin în contact cu asemenea substanţe.

— Se va evita consumul abuziv de medicamente cunoscute pentru capacitatea lor de a leza ficatul. Ele nu vor fi consumate decît cu prescripţia medicului.

— Trebuie limitat sau evitat consumul de alcool şi în special fără alimentaţie sau în condiţii de subalimentaţie. Consumat ani la rînd, zilnic, duce în mod sigur la intoxicaţia cronică a organismului şi, de cele mai multe ori, la boala de ficat.

— Bolile de ficat pot fi şi secundare, adică urmarea sau complicaţia altor boli. De aceea, este necesar să fie tratate la timp bolile aparatului digestiv (ulcerul gastroduodenal, bolile intestinale, bolile veziculei şi căilor biliare), bolile endocrine, cardiace, care prin natura şi gravitatea lor, în timp, pot duce la îmbolnăvirea ficatului.

— Controalele periodice ale stării de sănătate pentru muncitorii din diferite sectoare de producţie au scopul de a preîntîmpina îmbolnăvirile, luîndu-se măsurile corespunzătoare.

Cunoaşterea pericolelor de îmbolnăvire a ficatului înseamnă deja o armă împotriva acestora. Cu cît le cunoaştem mai bine cu atît ne apărăm mai bine.

ciroza ALCOOLICĂ

Ciroza hepatică este una din cele mai grave boli ale ficatului cu răsunet asupra întregului organism. Boala odată instalată are o evoluție severă și, din nefericire, foarte mulți bolnavi se prezintă la medic tardiv, în forme avansate sau cu complicații majore, greu de tratat. Cauzele cele mai frecvente ale cirozei le reprezintă alcoolismul și hepatita virală. Alcoolul singur sau asociat hepatitei epidemice poate fi făcut responsabil, în majoritatea cazurilor, de apariția cirozei. Astăzi, ciroza alcoolică poate fi prevenită, stagnîndu-se evoluția, cu condiția ca alcoolul să fie suprimat, iar bolnavii corect tratați.

Studiile prospective au arătat că la alcoolici există patru stadii succesive de leziuni hepatice : leziunile infracelulare, ficatul gras sau hepatita alcoolică, fibroza sau ciroza și hepatomul sau tumoarea.

Ciroza alcoolică se caracterizează printr-un ficat micro- sau macrocelular, al cărui volum este fie inferior, fie superior ficatului normal. De asemenea, sînt prezente depozite hialine (proteine de proastă calitate, insolubile), leziuni sau necroze ale celulelor hepatice și infiltrate inflamatorii celulare polinucleare la nivelul ficatului. În plus, se întîlnește o proliferare fibroasă de țesut conjunctiv, cu modificarea structurii și arhitectonicii hepatice, precum și a funcțiilor ficatului — adevăratul laborator al organismului.

Toate leziunile menționate sînt consecința efectelor metabolice sau toxice ale alcoolului, carențelor alimentare sau, pur și simplu, efectul combinat al acestor doi factori. Etanolul, acetaldehida, alți produși chimici sau impurități conținute în băuturile alcoolice sînt tot atîția factori care, în mod izolat, pot fi responsabili de leziuni sau necroze hepatocelulare.

Apariția hepatitei alcoolice și a cirozei nu este condiționată de cantitatea și tipul de alcool absorbit sau de durata de alcoolizare. Prezența simptomelor grave de malnutriție la toți alcoolicii a condus la ideea că alimentația dezechilibrată este un factor important care contribuie la apariția și întreținerea leziunilor hepatice cronice. O stare de carență alimentară (este cunoscut că alcoolicii beau mai mult și mănîncă mai puțin sau deloc) inhibă sinteza sau activitatea enzimelor, care oxidează etanolul, crește toxicitatea și se opune regenerării celulelor lezate.

Ciroza se traduce prin reducerea funcționalității ficatului și prin perturbarea circulației hepatice. În stadiul inițial, modificările fiziopatologice nu sînt totdeauna asociate cu simptomele clinice, pentru ca apoi să apară semne de insuficiență hepatică, exprimate prin : hiperbilirubinemie (icter) prin hiperproducție ; absorbție diminuată ; secreție crescută de bilirubină ; tendință la hemoragii, datorită unui deficit de coagulare ; varice esofagiene consecutive creșterii rezistenței vasculare în ficat și a hipertensiunii portale (acestea uneori sînt fatale, putînd să ducă la hemoragii masive) ; ascită (lichid în cavitatea abdominală) ; tulburări psihice, datorită reducerii metabolismului amoniacoureic ; insuficiență renală, ca rezultat al reducerii perfuziei renale asociate insuficienței hepatice.

La examen, ficatul este în general mare și dur, mărimea lui constatîndu-se cu ajutorul examenelor moderne — scintigrafia. De obicei, ciroticii alcoolici au simptome și semne clinice de beri-beri, pelagră și scorbut. La cei mai mulți se întîlnesc simptome nespecifice ca : glosită (leziuni ale limbii), anemie și neuropatie periferică. Carența în fier, proteine, acid nicotinic, acid folic, riboflavine, vitaminele B_6, B_{12} etc., pot explica leziunile mucoasei limbii. Anemia este consecința unei malnutriții, dar și rezultatul pierderilor repetate de sînge necompensate printr-un aport adecvat de fier.

Boala poate să evolueze pînă la comă hepatică și moarte.

Suprimarea băuturilor alcoolice și o alimentație corectă constituie baza tratamentului cirozei alcoolice. Statisticile au arătat că mortalitatea prin ciroză alcoolică a scăzut simțitor în cazul cînd bolnavii au renunțat definitiv să mai consume alcool.

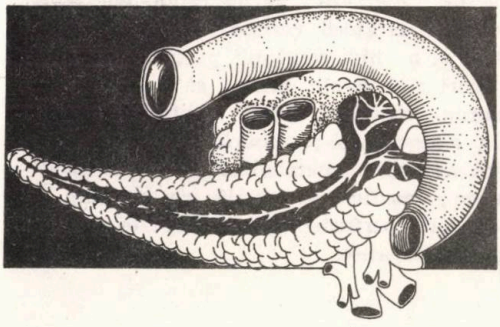
Pentru ameliorarea rezervelor hepatice trebuie corectate deficiențele alimentare. Un regim alimentar adecvat, bine echilibrat în proteine, vitamine, săruri minerale, se impune cu necesitate pentru a menaja ficatul bolnav ; de asemenea, medicul va stabili și un program special de tratament, pentru stimularea regenerării celulelor hepatice lezate și pentru întreruperea fibrogenezei.

Dar cum este mai ușor să previi decît să tratezi, recomandăm ca la cele mai mici semne și simptome care ar traduce o suferință hepatică să fie consultat medicul, pacienților revenindu-le datoria de a răspunde corect întrebărilor care le sînt puse referitor la consumul de alcool. În afara diagnosticării cirozei hepatice în faza precoce și a stabilirii unui plan de tratament destinat să corijeze anomaliile hepatice și să prevină agravarea leziunilor parenchimului hepatic, un program de dezintoxicare pe termen lung pentru suprimarea dependenței de alcool este absolut necesar. Și pentru a obține rezultatele dorite, colaborarea medic-pacient s-a dovedit de cea mai mare eficiență.

DR. **N. CRĂNGULESCU**
Clinica medicală Spitalul „Colțea"

PANCREASUL și afecțiunile lui

Dr. doc. I. GHERMAN
Centrul de gastroenterologie
Spitalul clinic „Fundeni"



Despre pancreas și despre bolile acestuia se vorbește mai puțin, lucru ce nu pare justificat, deoarece rolul pancreasului în viața organismului nu este mai puțin important decît al altor organe, iar prin bolile de care se însoțește, acesta deține, mai ales sub raportul severității, un loc destul de însemnat în patologie.

Așadar, este necesar să prezentăm cîteva date despre pancreas și despre bolile acestuia, date care trebuie să fie cunoscute de fiecare dintre noi.

Pancreasul este un organ relativ mic, care cîntărește nu mai mult de 70—75 g și care măsoară 15—16 cm în lungime, 4—5

cm în înălțime și cca 2 cm în grosime. Situat transversal în cavitatea abdominală, prezintă o extremitate dreaptă, mai voluminoasă, care corespunde capului, o porțiune scurtă și puțin mai îngustă, care nu este altceva decît gîtul (sau istmul) pancreasului, urmat apoi de o porțiune mijlocie mai lungă, care corespunde corpului și care se continuă la cealaltă extremitate cu ceea ce este cunoscut sub numele de coada pancreasului. Pancreasul, așezat în fața coloanei vertebrale, dar oarecum ascuns în spatele stomacului și intestinului gros, este mai puțin accesibil decît alte organe și mai dificil de palpat la examenul regiunii abdominale.

Din punct de vedere structural, pancreasul este un organ glandular, cunoscut de aceea și sub numele de glandă salivară abdominală, și are o dublă acțiune : digestivă (pancreasul exocrin sau de secreție externă), care asigură producția de fermenți digestivi (pepsină, lipază și amilază), iar cealaltă, metabolică (pancreasul endocrin sau de secreție internă), formată din celulele insulelor Langerhans, însărcinată cu producerea de insulină. Dacă cei trei fermenți : pepsina, lipaza și amilaza din intestin dețin rolul de a interveni în digestia alimentelor, insulinei, în schimb, ca produs de secreție internă ce se varsă direct în sînge, îi revine sarcina de a interveni în metabolismul glucidelor (zaharurilor).

Referindu-ne la suferințele acestui organ, în mod practic, bolile inflamatorii ale pancreasului (pancreatitele) se pot înfățișa sub o formă acută, mai gravă (pancreatita acută) sau sub o formă cronică, mai ușoară și cu o evoluție în timp (pancreatita cronică).

Pentru precizarea diagnosticului, colaborarea dintre bolnav și medic devine în bolile pancreasului, cu atît mai necesară, cu cît acesta, prin poziția anatomică pe care o are, este clinic destul de greu explorat, iar metodele paraclinice de investigație (prin intermediul laboratorului, al examenelor radiologice, scintigrafice etc.) sînt adeseori greoaie, incomode și costisitoare, iar rezultatele destul de puțin concludente. Pe de altă parte, datele pe care le furnizează bolnavul despre suferința lui aduc un aport deosebit în precizarea unui diagnostic corect, mai ales în condițiile în care și alte organe de vecinătate (sau chiar de la distanță) se pot prezenta cu manifestări clinice asemănătoare. Nu de puține ori medicul examinator este pus în situația de a înclina spre diagnosticul de pancreatită acută sau cronică atunci cînd, de fapt, nici infarctul miocardic, nici litiaza biliară sau abdomenul acut nu pot fi cu certitudine excluse. Or, tocmai în asemenea cazuri, amănunte despre felul cum a început suferința, ca și despre întreg cortegiul simptomatic, sînt binevenite.

Așa, de exemplu, este important ca durerea violentă din pancreatita acută, precum și celelalte manifestări clinice cu care începe boala, să fie cît mai exact relatate. Caracterul de durere vie, localizată în etajul superior al abdomenului și cu tendință la iradiere spre stînga („în bară" sau „în centură"), este în primul rînd de reținut. De asemenea, nu este lipsit de semnificație nici faptul că durerea apare, de regulă, însoțită de balonări accentuate și uneori de constipație.

Pentru a-și atenua durerile, bolnavul ia, cel mai frecvent, poziția aplecat înainte (ghemuit) sau, în același scop, își apasă cu pumnii zona de abdomen dureroasă. O asemenea relatare, în aparență fără importanță, îl poate ajuta pe medic în precizarea diagnosticului. Dacă boala începe și cu grețuri sau vărsături, așa cum se întîmplă în unele forme de pancreatită acută (pancreatita hemoragică), este bine să informăm pe medic dacă vărsăturile au avut un caracter alimentar, biliar sau hemoragic.

Apatia sau, dimpotrivă, agitația, transpirațiile reci sau febra (starea de șoc), care însoțesc formele severe de boală, se fac în general ușor remarcate de medicul care ia primul contact cu bolnavul.

În general, suferințele pancreatice care debutează cu simptomatologia menționată survin după mese copioase, bogate în grăsimi și după ingerarea, în același timp, de băuturi alcoolice.

Și în cazul pancreatitelor cronice, datele pe care bolnavul trebuie să le furnizeze medicului sînt la fel de utile. Astfel, repulsia față de alimentele grase, puseurile explozive de diaree (cu scaune abundente și păstoase) și scăderea rapidă în greutate, pot sugera medicului că se află în fața unui caz de pancreatită cronică sau chiar a unui cancer de pancreas.

Cunoscînd aceste date referitoare la suferințele pancreatice, bolnavii vor putea ei înșiși să ia unele măsuri care să le atenueze durerile pînă la venirea medicului. Astfel, repausul la pat, un regim strict hidric (ceai, suc de fructe), ca și administrarea a 2—3 tablete de Scobutil se impun încă din primul moment.

Avînd în vedere prognosticul sever al acestor afecțiuni, se recomandă bolnavului să respecte cu multă grijă indicațiile de regim alimentar, ca și pe cele de tratament medicamentos sau chirurgical.

nutriție și sănătate

PROF. DR. DOC. **MARIN VOICULESCU**
MEMBRU CORESPONDENT AL ACADEMIEI R. S. ROMÂNIA

În ultimii ani s-au înmulțit considerabil preocupările și acțiunile privind nutriția rațională, nu numai pe plan medical, dar și pe plan statal și, chiar mai mult, pe plan internațional. Organizația Mondială a Sănătății a dedicat una din preocupările sale majore problemelor de nutriție, iar în anul 1974 a declanșat o acțiune în toată lumea sub deviza : „*O alimentație sănătoasă, sănătate mai bună*".

Tema rămîne însă mereu actuală, deoarece așa cum au demonstrat statisticile pe plan mondial, aproape un deces din două se datorează, direct sau indirect, alimentației eronate.

Aspecte contradictorii ale nutriției în lume

Deși importanța nutriției pentru sănătate a fost recunoscută din cele mai vechi timpuri, încercările de corectare a ei au dat pînă acum prea puține rezultate. Mai mult, în ultimul timp asistăm la accentuarea bolilor de nutriție în toate țările, dar cu o cauzalitate diferită. Este cunoscut că în lume mai există încă un profund dezechilibru în repartiția bunurilor și a hranei. Consecința cea mai gravă care decurge de aici este *fenomenul subnutriției*. Recent, s-a publicat în presă că există în lume aproximativ 600 de milioane de oameni înfometați în zonele subdezvoltate ale lumii și că foametea ucide anual 25 de milioane de locuitori ai planetei (concluziile unui recent colocviu internațional). După directorul general O.M.S., Mahler H., în regiunile tropicale peste 11 milioane de copii suferă de o gravă malnutriție și 76 de milioane de o malnutriție moderată.

În același timp, în alte zone ale lumii, populația se alimentează în exces, devenind „supraponderală", ceea ce generează grave boli de nutriție și cardiovasculare : obezitate, diabet, ateroscleroză, infarct miocardic, hipertensiune arterială.

Omenirea oscilează astfel între două situații extreme : pe de o parte subnutriție, iar pe de alta nutriție în exces. Amîndouă afectează sănătatea : subnutriția generează boli carențiale (anemii, rahitism, cretinism, lipsă de vitamine, cecitate, predispoziție la variate infecții și tuberculoză), în timp ce nutriția excesivă conduce la obezitate, diabet și boli cardiovasculare.

Desigur, rezolvarea acestor probleme este deosebit de complexă și în mod justificat Organizația Mondială a Sănătății a lansat campania pentru o nutriție rațională, sperînd că aceasta „va stimula atît acțiunile împotriva bolilor carențiale, cît și împotriva bolilor abundenței, făcînd să se înțeleagă că o lume mai bine hrănită va fi o lume a cărei sănătate va fi mai bună".

Pentru o alimentație rațională

Pe lîngă acest dezechilibru nutrițional, de amploare mondială, specialiștii în problemele nutriției consideră, pe bună dreptate, că omul modern nu știe să se hrănească în mod rațional, chiar cînd dispune de tot ceea ce este necesar pentru hrana sa. Erorile care se fac sînt numeroase și dăunătoare, putînd fi definite astfel : de ordin cantitativ, calitativ, din punct de vedere al cronologiei meselor etc.

Erorile de ordin cantitativ constau din consumul în exces de alimente și în exces caloric, fiind și cel mai periculos, deoarece duce la obezitate, cu toate consecințele acesteia. S-a calculat că durata medie a vieții scade, crescînd mortalitatea cu fiecare kg în plus peste greutatea normală. Astfel, la un plus de 25 de kg greutate corporală, scurtarea duratei medii a vieții este de 50% (după statistici ale societăților de asigurare pe viață).

Fenomenul de supranutriție afectează o mare parte a populației din Europa și America de Nord, aproximativ 1/3 din populația unor țări este supraponderală. Excesul alimentar — o adevărată „ironie a abundenței" — favorizează numeroase boli de nutriție. Statisticile arată că în diferite țări 3—6% din populația respectivă suferă de diabet și pînă la 10% de hiperlipemie, iar indicele de mortalitate prin boli cardiovasculare a crescut cu 50% în ultimele două decenii.

Cu toate avertismentele date de medici, mulți oameni continuă însă să se supraalimenteze față de nevoile lor calorice. Acest fapt a determinat pe reputatul cardiolog Björck să caracterizeze în mod incisiv o astfel de tendință spunînd : „Experiența a arătat că *homo sapiens* nu este totdeauna o creatură rațională și nu se lasă ușor lipsit de dorința sa pentru plăceri, chiar cînd acestea constituie o amenințare pentru sănătate".

Erorile de ordin calitativ în nutriție sînt tot atît de frecvente și dăunătoare sănătății. În mod deosebit sînt periculoase excesele de hidrocarbonate (pîine, dulciuri, făinoase) și de grăsimi de origine animală. În același timp *se consumă insuficient legume, zarzavaturi, fructe, lapte și produse lactate*, care, de fapt, sînt binevenite prin contribuția lor la realizarea unui regim echilibrat, variat și protector, ca și prin aportul însemnat de vitamine și oligoelemente.

De asemenea, trebuie luptat contra alimentației monomorfe, a preferinței numai pentru cîteva alimente, ceea ce provoacă un dezechilibru nutrițional și carențe diverse. *Alimentația cea mai bună este deci cea mai variată în substanțe nutritive*, cu păstrarea unui anumit raport între principiile nutritive.

Cronologia defectuoasă a meselor constituie o altă eroare nutrițională, cu pericole pentru sănătate. Pauzele mari între mese sînt dăunătoare, dar cel mai dăunător este obiceiul de a renunța la gustarea de dimineață și de a servi un prînz copios, consumat cu lăcomie, la ore tîrzii. S-a arătat că mesele mai mici și repetate (cel puțin 3 mese) sînt cele mai potrivite pentru homeostazia organismului. Dealtfel, nutriționiștii recomandă ca 25% din hrană (în calorii) să se repartizeze la micul dejun, 40% la prînz și 35% seara.

Omul modern mai păcătuiește și prin consumul de alimente *prea rafinate*, în sensul că se îndepărtează din hrană așanumitele *„fibre alimentare"* (fibre dietetice). Aceste „fibre" constau în substanțe care nu sînt digerabile și care nu se resorb în intestin, fiind constituite din : celuloză și hemiceluloză, lignine, pectine etc., care se găsesc în tărîțe, vegetale, fructe. Un exemplu demn de reținut este acela că făina integrală conține la 100 g 10,2 g de material celulozic și hemicelulozic (tărîțe). Or, în făina albă, rafinată, proporția acestora este de numai 1/10. Aceste fibre au o mare afinitate pentru apă, care pătrunde în interiorul lor mărindu-le volumul. În felul acesta volumul reziduului crește, constituind un excitant mecanic pentru intestin, fapt care contribuie la stimularea contracțiilor menite să împingă bolul alimentar de-a lungul tubului digestiv. Este deci limpede că rolul acestor substanțe neabsorbite este foarte important pentru sănătate, asigurînd un scaun regulat, prin care se elimină, totodată, variate toxine, microbi și substanțe carcinogene, responsabile de producerea cancerului de colon. Cu alte cuvinte, lipsa acestor „fibre" din alimentație duce la constipație și favorizează boli ale intestinului gros (diverticuloză, apendicită, polipoză, cancer).

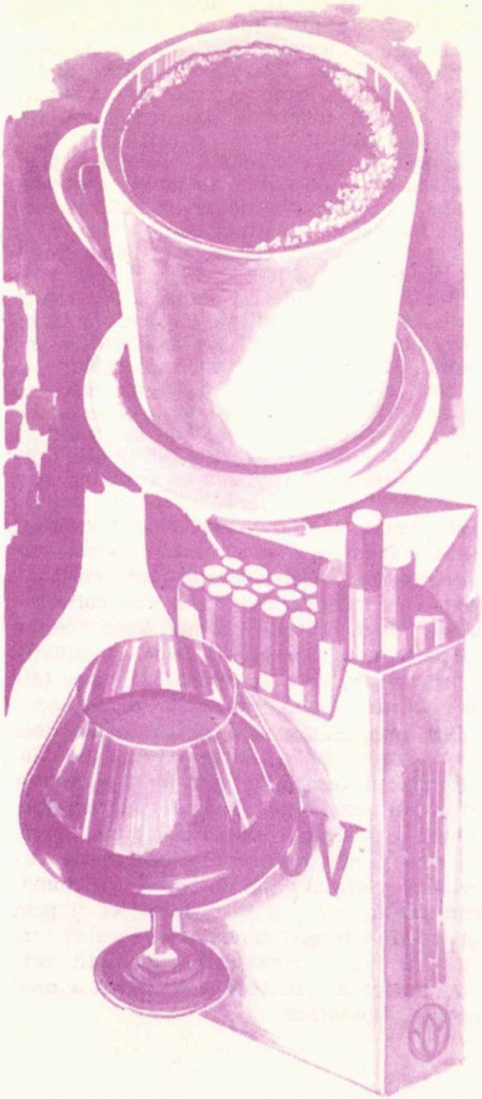
Din cele arătate rezultă că există destule abateri de la alimentația rațională.

Remediul constă, în primul rînd, într-o atitudine conștientă față de alimentație, pentru a dobîndi o sănătate cît mai bună. De aceea, este necesară difuzarea de cunoștințe științifice de dietetică nu numai prin presă, radio și televiziune, ci și prin intermediul rețelei comerciale, care să utilizeze ambalaje conținînd informații privind valoarea nutritivă și dietetică a produselor alimentare.

obiceiuri dăunătoare aparatului digestiv

Multe din obiceiurile alimentare sau nealimentare au repercusiuni negative asupra funcționalității normale a aparatului digestiv ; pe unele dintre acestea le cunoaștem, pe altele nu, dar persistăm în a le practica, în defavoarea noastră. Este vorba de ingestia de cafea și de alcool în mod nefiziologic, de fumat, de folosirea nerațională a gumei de mestecat.

O analiză atentă a acestor obiceiuri ne va permite să înțelegem care sînt foloasele aduse de către acestea organismului, dar și neplăcerile, riscurile la care ne expunem, abuzînd de ele.



Cafeaua

Utilizată inițial ca substanță medicamentoasă în anumite afecțiuni, ulterior, folosirea cafeinei — principiul activ al cafelei — s-a extins așa de mult, încît preparatele care conțin cafeină intră în alcătuirea unor băuturi care fac parte din rația zilnică a celei mai mari părți din populația globului.

Descoperită întîmplător de către ciobanii din Asia Mică, ale căror oi au mîncat boabe de cafea, fapt care s-a soldat cu agitație timp îndelungat, acțiunea stimulantă nervoasă constituie explicația extinderii pe plan general a utilizării băuturilor care conțin cafeină. Gustul plăcut și mirosul ademenitor pe care le conferă produșii care se eliberează din boabele de cafea prin prăjire au constituit o altă cauză care a dus la creșterea consumului de cafea.

Băuturile care conțin cafeină sînt : cafeaua (neagră, turcească, filtru, marghiloman, nescafé etc.), ceaiul (rusesc sau chinezesc), Pepsi-cola, Coca-cola, precum și ciocolata, cacaua, unele băuturi alcoolice (lichiorul de cacao etc.).

Chiar în condițiile utilizării cafelei în cantități moderate, la care se adaugă, ocazional sau sistematic, ingerarea unei cești de ceai, a băuturilor răcoritoare sau alcoolice cafeinate, se realizează un aport, care se cifrează la 0,75—1 g/zi, cantitate cu mult prea mare față de cele 0,2—0,3 g, care administrate în 2 sau 3 prize, la interval de 4—6 ore, pot asigura stimularea nervoasă necesară obținerii randamentului maxim în activitatea depusă.

Răsunet negativ asupra aparatului digestiv are ingerarea acestor băuturi cafeinate independent de alimentație, între mese, fără ca administrarea lor să fie urmată de ingestia de alimente. Astfel, băutorii de cafea se plîng deseori de senzație de arsuri și dureri în etajul superior al abdomenului și prezintă frecvent grețuri.

Aceste manifestări reprezintă expresia clinică a acțiunii stimulante pe care o exercită cafeina asupra secreției gastrice.

Cu toate că i se recunoaște în mod unanim cafeinei acțiunea stimulantă asupra secreției gastrice, totuși cercetările efectuate cu cafea decafeinizată au demonstrat că și aceasta este capabilă să exercite un important efect de creștere a cantității sucului gastric și a acidității sale.

Privită din acest punct de vedere, ingerarea de cafea în cantități mari este dăunătoare nu numai la ulceroși sau la gastritici, ci și la normali. O formulă care reduce mult acțiunea iritantă gastrică a cafelei, schimbîndu-i, în același timp, și calitățile sale gustative, o constituie administrarea cafelei împreună cu frișcă, la temperatura camerei. Ingerarea sa la temperaturi scăzute (de la frigider) sau între mese poate neutraliza avantajul pe care-l oferă frișca, și anume scăderea secreției gastrice.

Mai trebuie avut în vedere și faptul că marii consumatori de cafea preferă ca aceasta să fie foarte puțin sau deloc îndulcită, ceea ce are ca urmare creșterea efectului propriu al cafeinei asupra secreției gastrice, la care se adaugă și cel pe care-l exercită substanțele amare.

Tot pentru neutralizarea acțiunii secretorii gastrice, este bine ca la 15—30 de minute de la ingerarea cafelei să se mănînce o bucată de pîine cu unt sau o cană cu lapte — recomandări care nu sînt respectate de marii consumatori de cafea. Mai mult chiar, aceștia uzează — cel mai adesea abuzează — și de tutun ; inhalarea nicotinei și a celorlalți produși eliberați din tutun poate accentua și mai mult tulburările secretorii gastroduodenale.

Este foarte probabil ca numeroase suferințe digestive insuficient de bine încadrate diagnostic (gastrite, duodenite, gastroduodenite etc.) să fie expresia clinică a acțiunii iritante pe care o exercită cafeina asupra sucului gastric și asupra mucoasei gastroduodenale, atunci cînd este consumată în cantități mari și în mod regulat.

O ceașcă de cafea dimineața, la micul dejun, una după masa de prînz și eventual una după masa de seară (pentru cei care continuă activitatea, în special cea intelectuală) sînt suficiente pentru a asigura stimularea nervoasă capabilă să furnizeze randamentul intelectual sau fizic optim, cu condiția ca la o ceașcă să nu se pună mai mult de o linguriță sau o linguriță și jumătate de cafea.

Considerăm că neajunsurile care survin în urma abuzului de cafea și a băuturilor cafeinate constituie suficiente argumente care pledează în favoarea sau chiar obligă la utilizarea rațională a acestor băuturi, pentru evitarea transformării lor dintr-o plăcere a omului contemporan, într-o sursă generatoare a unei stări de disconfort, a unor suferințe gastroduodenale.

Guma de mestecat

Intrată în obișnuitul cotidian, folosirea gumei de mestecat s-a extins în ultimul timp de la vîrstele tinere (copii, adolescenți) și la adulți, la care, din păcate, acest obicei produce multe neplăceri.

Introducerea folosirii gumei de mestecat și-a găsit justificarea inițial prin acțiunea de masaj pe care o exercită asupra gingiilor. Într-adevăr, masajul blînd efectuat de mestecarea gumei realizează îmbunătățirea circulației sanguine în gingii și chiar în pulpa dintelui.

Paradentoza, boala dentară a secolului, ar putea fi astfel prevenită sau oprită în evoluție, ceea ce ar avea ca urmare prelungirea duratei de viață a dinților. Retracția gingiei face ca între dinte și gingie să se formeze un spațiu care, tot progresînd, conduce la descoperirea rădăcinii dintelui, la scăderea rezistenței sale la mișcările de masticație ; astfel, dintele devine dureros la cald și la rece, începe să se miște și apoi cade.

Dar dacă inițial s-a acordat credit mare funcției de masaj gingival pe care o exercită mestecarea gumei, în ultimul timp cercetările științifice au dovedit că acest punct de vedere era exagerat. S-a argumentat apoi că mestecatul gumei ajută fumătorilor să se lase mai ușor de fumat, dar și această afirmație s-a dovedit neconformă cu realitatea. S-a mai spus că mestecarea de gumă timp de 20—30 de minute echivalează cu administrarea unei tablete de Napoton, Diazepam sau Meprobamat, cu alte cuvinte ar avea acțiune tranchilizantă, sedativă nervoasă, egală cu a unei doze din aceste medicamente. Dar nici această ipoteză nu și-a dovedit temeinicia în practică.

Așadar, mestecarea de gumă este în stadiul actual al cunoștințelor noastre, lipsită de justificare științifică. În schimb, acest obicei are multe implicații nefavo-

rabile asupra funcției aparatului digestiv. Este vorba de creșterea cantității de salivă cu aproximativ 800—1 000 ml pe zi, în urma mestecării a două sau trei bucăți de gumă. Această mare cantitate de salivă este înghițită, realizînd distensia stomacului, diluarea fermenților din sucul gastric — pepsina, labfermentul — astfel încît digestia proteinelor (carnea, peștele, ouăle, produsele lactate), precum și a laptelui, se perturbă. În afară de înghițirea unei mari cantități de salivă trebuie avut în vedere și faptul că aproape cu fiecare înghițitură de salivă se înghite și aer, care se acumulează în stomac, destinde și mai mult stomacul, producînd senzația de disconfort abdominal ; cînd s-a acumulat prea mult aer, acesta este eliminat zgomotos pe gură (eructații).

Dar nu numai asupra secreției salivare mestecarea de gumă exercită acțiune de stimulare, ci și asupra celei gastrice. Astfel, dacă la o persoană normală stomacul secretă 2 000—3 000 ml de suc gastric în 24 de ore, la persoanele care consumă 2—3 bucăți de gumă și care le mestecă mai mult de 30 de minute pe fiecare, se ajunge la dublarea cantității de suc gastric. Este interesant de știut că paralel cu cantitatea de suc gastric crește și aciditatea acestuia, deci potențialul iritativ-toxic asupra mucoasei gastroduodenale. Se creează astfel condițiile secretorii care pot determina gastrite, gastroduodenite și chiar ulcere gastroduodenale. Aceasta cu atît mai mult cu cît persoanele care și-au făcut un obicei de a mesteca guma nu respectă orarul și ritmicitatea meselor, dereglînd activitatea secretorie a tubului digestiv.

Acumulîndu-se cantități mari de secreție în stomac (1—1,5 litri de salivă plus 3—6 litri de suc gastric), evacuarea acesteia nu se mai face ritmic și regulat, alimentele trecînd din stomac în duoden și în intestinul subțire insuficient prelucrate mecanic și chimic. Apare astfel perturbarea întregii activități digestive (intestinale, pancreatice, biliare), nu numai a celei gastrice.

Dacă la aceste aspecte negative de ordin medical mai adăugăm și pe cele de ordin estetic, avem tabloul complet al dezavantajelor și riscurilor la care se expun cei care și-au făcut din mestecarea de gumă un obicei.

Sînt situații în care, pentru îndepărtarea unui gust neplăcut, apelăm la guma de mestecat, mai ales că s-au fabricat gume cu diferite gusturi și mirosuri, unele cu acțiune prelungită. Dar pentru a obține senzația de răcoare, de gust plăcut, fără perturbarea activității aparatului digestiv, este suficient un sfert dintr-o lamă de gumă, iar durata mestecatului să nu depășească 5 minute.

Fumatul

Implicațiile pe care fumatul le are asupra funcționalității aparatului digestiv sînt : perturbarea ritmului secretor digestiv și nerespectarea ritmului de alimentație. Într-adevăr, fumătorii trec cu multă ușurință peste orele de masă, fumatul unei țigarete fiind suficient pentru a face să dispară senzația de foame. Dar secreția gastrică, intestinală, pancreatică și cea biliară au un anumit ritm stabilit în decursul vieții individului, care corespunde în general cu o ritmicitate de trei mese pe zi. Nealimentarea la aceste ore de vîrf ale secreției face ca acțiunea fermenților din aceste secreții să scadă rezistența mucoasei gastrointestinale la injuriile mecanice, chimice etc. ; în plus, acțiunea fermenților (care se exercită în mod normal asupra alimentelor ingerate) se exercită, în condițiile nerespectării orarului meselor, asupra mucoasei gastrointestinale, conducînd la instalarea gastritelor, gastroduodenitelor și ulcerelor gastroduodenale. Dispariția senzației de foame după fumatul unei țigarete nu corespunde cu suprimarea secreției digestive.

Dar în afara ritmului de alimentație, fumatul perturbă și activitatea secretorie digestivă. Nicotina — una dintre componentele toxice principale care se eliberează în timpul arderii frunzelor uscate de tutun — acționează în doi timpi asupra secreției gastrointestinale : mai întîi o stimulează și apoi o inhibă (această acțiune a fost denumită bifazică, acțiune de tip nicotinic). Este vorba de creșterea într-un prim timp a cantității de secreție gastrică și a acidității sucului gastric, și ulterior de scăderea acestei secreții. Astfel, se ajunge la situația în care chiar dacă fumătorii se alimentează ritmic (de 3 sau de 4 ori pe zi), capacitatea lor secretorie digestivă este scăzută, ceea ce tulbură procesul de digestie.

Ca urmare a acestor dereglări ale procesului de digestie pe care le produce fumatul, este bine ca fumătorii să renunțe de a mai fuma cu două ore înaintea meselor principale. Cercetări efectuate sistematic au evidențiat faptul că fumatul după masă

este mai puțin dăunător organismului decît cel dinaintea mesei.

Faptul că se fumează țigarete, țigări de foi sau tutun de pipă nu are nici o importanță pentru tubul digestiv, deoarece acțiunea nefavorabilă este asemănătoare; același lucru este valabil și pentru profunzimea fumatului (trasul fumului în piept sau numai în gură), care tulbură în măsură asemănătoare activitatea secretorie digestivă.

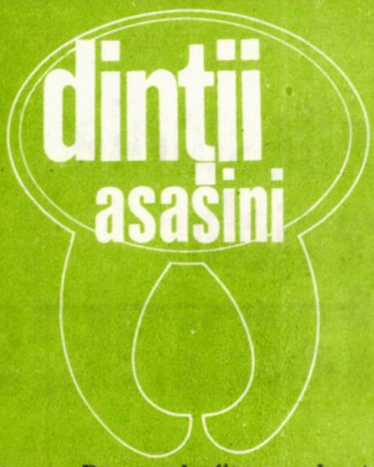
Alcoolul

Este îndeobște cunoscut faptul că alcoolul stimulează pofta de mîncare, ca urmare a creșterii cantității de suc gastric. Plecîndu-se de la această constatare făcută empiric și confirmată ulterior științific, s-a introdus alcoolul ca stimulent al apetitului. Într-adevăr, 30—50 de grame dintr-o băutură alcoolică ce nu depășește 30—35° cresc pofta de mîncare și secreția gastrică cu 25—30% față de nivelul bazal al acesteia. Dealtfel, aceasta este și rațiunea pentru care la începutul unei mese se servește o băutură alcoolică. Băutura trebuie să îndeplinească însă două condiții : să fie urmată la cel mult 20—30 de minute de ingestia de alimente, pentru ca sucul gastric secretat în exces sub influența alcoolului să aibă suportul alimentar asupra căruia să acționeze, altfel acțiunea sucului gastric se va exercita asupra mucoasei stomacului și duodenului, producînd dureri și senzație de arsuri în etajul superior, abdominal, însoțite de iritație gastroduodenală.

Ingestia de băuturi alcoolice fără să fie urmată de ingerarea de alimente conduce la gastrită cronică, ulcer gastroduodenal și la tulburări în procesul de digestie a principiilor alimentare. Astfel, băutorii cronici, folosind alcoolul în mod abuziv și nealimentîndu-se corespunzător, ajung la situația în care oricît s-ar alimenta de bine nu mai pot asimila ceea ce ingeră și scad în greutate, fără posibilitatea de a mai recupera aceste pierderi ponderale (este așanumita cașexie a alcoolicilor cronici).

În al doilea rînd, băutura de la începutul mesei trebuie să nu fie dintre cele tari, adică să nu depășească 20 de grade, deoarece alcoolul în concentrație mai mare produce anestezia mucoasei bucale și linguale, nemaiputînd aprecia calitățile alimentelor pe care le ingerăm.

DR. EMIL POPESCU



Despre el afirm pe drept
Că e om cu greutate,
Rămînînd fidel adept
Meselor îmbelșugate.

Dacă dă de-o farfurie,
Foamea lui devine-adîncă
Și la orice sindrofie,
Porții cîte trei mănîncă.

Mic și rotunjor, vezi bine,
Rupe, taie și devoră.
Astfel a ajuns, în fine,
Om cu pondere majoră.

Medicul, cu clarul minții,
Bănuindu-l cum se-ndoapă,
I-a prezis : — Mata, cu dinții,
Ai să-ți sapi eterna groapă !

Teodor Maricaru

manifestările carențelor vitaminice și corectarea lor

Alimentația rațională trebuie să asigure organismului, în afară de principiile nutritive de bază — proteinele, glucidele și lipidele —, o serie de substanțe minerale și vitaminice fără de care nu este posibilă viața.

În situația în care rația alimentară zilnică păstrează un echilibru normal între aceste principii nutritive de bază atît sub raport cantitativ, cît și calitativ, se asigură, în majoritatea cazurilor, și nevoile de minerale și vitamine necesare organismului, fără a mai fi nevoie să suplimentăm rația zilnică cu aceste substanțe.

În ceea ce privește vitaminele, sînt situații în care organismul nu primește cantitatea de care are nevoie fie că acestea lipsesc din rația de alimente pe care le ingerăm, fie că anumite stări fiziologice (sarcină, lactație, perioada de creștere) sau patologice (intoxicații, stări febrile, diverse boli, administrarea unor medicamente etc.) impun un consum crescut. În aceste cazuri apar carențe vitaminice, pe care trebuie să le cunoaștem și să le corectăm fie prin introducerea în alimentația zilnică a acelor alimente bogate în vitamina respectivă, fie prin administrarea vitaminei sub formă de preparate farmaceutice.

Deoarece vitaminele participă la toate procesele metabolice din organism, lipsa acestora duce la tulburări importante, care scad capacitatea de efort fizic și intelectual, generînd suferințe uneori destul de greu de corectat.

Una din cele mai răspîndite vitamine care participă la majoritatea proceselor oxidative celulare este *vitamina C* (acidul ascorbic). Carența de vitamină C scade randamentul fizic și intelectual al individului. Manifestările de bază ale cunoscutei „astenii de primăvară" se datoresc lipsei vitaminei C din alimentație sau reducerii acesteia, deoarece, după cum se cunoaște, sursa principală de vitamină C o constituie legumele și fructele proaspete. Scăderea consumului de legume și fructe proaspete către sfîrșitul iernii face să apară uneori manifestări carențiale în vitamina C, mai ales la începutul primăverii, cînd se depune o activitate fizică mai intensă (mai ales în mediul rural). În afara stării de oboseală, uneori pot apărea discrete manifestări hemoragice, sîngerări ale gingiilor, echimoze (vînătăi), după traumatisme minime. În lipsa legumelor proaspete, consumul zilnic al unei lămîi, al unei portocale, al unui grepfrut sau al cîtorva mere acoperă nevoia zilnică de vitamină C. Cantități mari de vitamina C se găsesc în pătrunjel, spanac, varză, roșii proaspete, mazăre proaspătă, cartofi etc. În timpul iernii, varza murată, cartofii, merele și legumele conservate prin frig constituie importante surse de vitamină C.

Lipsa vitaminei C mai poate fi consecința distrugerii acesteia prin prelucrarea culinară a alimentelor, deoarece această vitamină este foarte sensibilă la diverși agenți fizico-chimici. Astfel, curățarea și spălarea alimentelor, păstrarea lor la aer și lumină, fierberea în vase descoperite, sînt primele cauze ale distrugerii vitaminei C. Alimentele reîncălzite nu mai conțin vitamina C. Mai mult decît atît, întrucît o parte din vitamina C trece în apa în care au fost fierte legumele, aceasta trebuie utilizată la prepararea alimentelor.

Legumele proaspete nu vor fi lăsate să stea mult în apă, ci vor fi spălate sub un jet rapid. Se recomandă ca la începutul primăverii să se consume legume și fructe timpurii, susceptibile de a asigura nevoia

de vitamina C : spanac, urzici, ştevie, untişor, ridichi de lună, salată verde, ceapă şi usturoi verde, varză timpurie, căpşuni, cireşe de mai etc.

Unele din legumele timpurii, în afara conţinutului lor bogat în vitamina C, mai aduc şi un aport de aminoacizi absolut indispensabili organismului, cum ar fi triptofanul, din care se formează o altă vitamină deosebit de importantă pentru organism, *vitamina PP* (niacina, nicotinamida).

Carnea, mărunţaiele, peştele, ouăle, laptele, pîinea integrală, soia etc. asigură necesarul de vitamina PP, ca şi de vitamina B_2.

Vitamina B_2 (riboflavina) joacă un rol important în mecanismul vederii, alături de vitamina A. Lipsa vitaminei B_2 produce leziuni ale corneei, limbă roşie depapilată, un gust neplăcut în gură, stomatită angulară (zăbăluţă la colţul gurii), iar lipsa vitaminei PP provoacă tulburări nervoase, diaree şi modificări ale zonelor tegumentare expuse la soare. Consumul de lapte proaspăt, brînză, carne, ouă, legume şi fructe proaspete anulează modificările carenţiale privind aceste vitamine şi duce la dispariţia semnelor menţionate.

O altă vitamină deosebit de importantă, care este în general acoperită de raţia alimentară zilnică, o constituie *vitamina B_1* (tiamina). Sînt anumite afecţiuni, cum ar fi : nevritele, polinevritele, tulburările psihice etc. în care nevoile de vitamină B_1 sporesc, iar neacoperirea acestora poate duce la manifestări ce interesează în special sistemul nervos central şi periferic. Cercetările au arătat că o creştere a aportului de glucide necesită şi un aport crescut de vitamina B_1. Aşa se explică faptul că o raţie bogată în zahăr, făinoase rafinate, pîine din făină albă, poate fi cauza unei carenţe relative de vitamina B_1. Acest necesar poate fi acoperit consumînd carne, pîine integrală, soia, nuci, alune, lapte, drojdie de bere uscată. Carenţa de vitamina B_1 s-a mai observat şi în timpul administrării unor medicamente sau la persoanele care consumă cantităţi mari de alcool, chiar dacă aparent sînt bine hrănite. De aceea, în alcoolismul cronic se interzice ingerarea băuturilor alcoolice atîta timp cît se administrează vitamina B_1, fie pe bază de preparate farmaceutice, fie provenită pe cale naturală, din alimente.

Dintre vitaminele solubile în grăsimi (liposolubile), cele mai importante sînt *vitaminele A şi D.*

Vitamina A se găseşte ca atare în substanţele grase de origine animală. În regnul vegetal, vitamina A provine din aşanumitele provitamine (substanţe care introduse în organism, prin alimente, se transformă în vitamină). Este cazul carotenului din morcov, care în organism se transformă în vitamina A. Avînd în vedere efectele sale fiziologice, vitamina A se mai numeşte şi antiinfecţioasă, vitamină de creştere, vitamină de apărare a epiteliilor şi mucoaselor, precum şi de combatere a tulburărilor de vedere crepusculară (hemeralopie).

Alimentele care anulează manifestările de carenţă a vitaminei A sînt : untul, ouăle, laptele, brînza, ficatul, carnea de vită, peştele, carotele, zarzavaturile etc.

Vitamina D sau, mai bine zis, vitaminele D, intervin în metabolismul calciului şi fosforului din organism, avînd acţiune antirahitică. Carenţa de vitamina D provoacă la copii rahitismul, iar la adulţi osteomalacie (decalcifierea oaselor). Cele mai mari cantităţi de vitamina D se găsesc în ficatul şi viscerele peştilor, precum şi în untura de peşte. Razele ultraviolete sînt capabile să transforme provitamina D din piele în vitamina D. De aceea, copiii care prezintă semne de rahitism necesită, pe lîngă o expunere judicioasă la soare, şi o alimentaţie bogată în : unt, gălbenuş de ou, ficat de vită, ulei de ficat de morun (untură de peşte).

Din cele expuse, rezultă că o alimentaţie raţională, din care să nu lipsească legumele şi fructele proaspete, ne pune la adăpost de carenţele vitaminice, care pot afecta profund starea de sănătate a organismului.

CONF. DR. *C. DUMITRESCU*

fierul în organism

Dr. Valeriu Vevera

Fierul este prezent în toate țesuturile și celulele organismului uman, el fiind indispensabil proceselor metabolice oxidative care furnizează energia necesară funcțiilor acestor celule și țesuturi. Cantitatea cea mai mare de fier se află în globulele roșii, fiind un constituent esențial al moleculei de hemoglobină.

Cantitatea totală de fier din organismul adult este de 4—5 g, din care 70% se găsește în hemoglobină și mioglobină. În organismul unui nou-născut se află o cantitate de 250—400 mg fier, distribuită în cea mai mare parte în hemoglobină. Acest fier provine din rezervele mamei, placenta avînd o mare putere de extracție a fierului din circulația maternă. Trecerea fierului de la gravidă la făt se face într-un ritm continuu, acesta fiind stocat de făt cu predilecție în ficat, splină și măduva osoasă. Laptele matern conține o cantitate foarte mică de fier.

În tot restul vieții, fierul necesar provine din alimente. Sursa fierului alimentar o constituie îndeosebi alimentele de origine animală, cum ar fi : organele (ficat, splină, inimă, rinichi), carnea, ouăle, precum și legumele verzi. Cantitatea variabilă de fier din vegetale depinde de proporția diferită de fier pe care o conține solul din care provin. Același factor determină și conținutul variabil de fier al apei potabile sau al vinului. Fierul mai intră și în compoziția unor ape minerale (Borsec, Buziaș, Vatra Dornei etc.), unde proporția de fier conținută este, de asemenea, diferită, în funcție de stratul geologic din care izvorăsc. Pentru a ne face o imagine cît mai exactă asupra cantității de fier din alimente, redăm următorul tabel (în mg fier la 100 g substanță) :

struguri	3	melasă	6,7
salată verde	2	cacao	12,5
morcov	6	ou crud	2,3
ciuperci	6,5—12,3	gălbenuș de ou	7,1
nuci	3,1	carne de vacă	2,5
făină	2	carne de porc	3
mălai	2,7	ficat de vacă	5,4
germen de grîu	9,4	ficat de porc	19
zahăr nerafinat	3,4		

O alimentație obișnuită conține 10—48 mg de fier, în medie 8 mg pentru fiecare 1 000 de calorii, din care se absorb zilnic numai 1—2 mg. Cantitatea de fier necesară zilnic depinde de solicitările impuse de creștere (copii și adolescenți) și de pierderile de fier permanente sau temporare (femeia gravidă, malabsorbția fierului datorită unei dereglări metabolice). Fierul este absorbit după nevoile organismului, ajungîndu-se, spre exemplu, în anemiile prin lipsă de fier pînă la 20% din cantitatea de fier furnizată de alimentație. Pînă la pubertate, absorbția de

fier se face în același ritm la ambele sexe. Ulterior, absorbția va fi mai crescută la fete. Spre exemplificare, prezentăm următorul tabel, care arată nevoile zilnice de fier alimentar în diferite perioade ale vieții :

bărbat adult și femeie după 50 de ani	7—10 mg fier/zi
femeie	7—20 mg fier/zi
femeie gravidă	22—48 mg fier/zi
adolescent	10—20 mg fier/zi
copil	4—10 mg fier/zi
nou-născut	1,5 mg/kilocorp

Sub ce formă se prezintă fierul în organism ? Persoanele mai puțin inițiate și-l imaginează ca un element asemănător cu cel pe care îl văd în lucrurile care ne înconjură. În organismul uman, el are însă cu totul alte înfățișări, intrînd în cea mai mare parte în componența unor elemente de importanță vitală. Deci, fără fier nu se poate trăi. Aceste elemente vitale care înglobează fierul sînt : hemoglobina din globulele roșii, mioglobina din mușchi și enzimele conținătoare de fier din celule (citocromii, catalaza și altele). O altă parte din fierul existent în organism circulă prin sînge (0,1% din cantitatea totală de fier). În sfîrșit, un procent de aproape 30 se află depozitat în toate țesuturile și mai ales în ficat, splină și măduva osoasă.

Prezența fierului în organismul uman într-o cantitate totală atît de mică, formele diferite și compușii organici în care este înglobat, precum și rolul pe care îl are în procesele de respirație și în metabolismele intermediare au putut fi cunoscute mult mai bine în urma dezvoltării biochimiei, microscopiei optice și electronice și a cercetărilor cu izotopi radioactivi. În special ultimii zece ani au adus noi contribuții, care au lărgit sfera cunoștințelor noastre asupra rolului fierului în organism.

Rolul sau mai bine zis rolurile pe care le joacă fierul în organism sînt dependente de compusul organic în care acesta se află înglobat. Astfel, în hemoglobină are rolul de transportor de oxigen, în mioglobină este un intermediar al respirației țesuturilor, iar în fermenții conținători de fier, acesta formează puntea dintre celule și mediu în procesul respirației celulare. În alți compuși în care se mai află depozitat are un rol de rezervă, utilizabilă ori de cîte ori apare o nevoie de fier. Cînd aceste rezerve de fier dispar, apare anemia feriprivă, un tip de anemie care-și găsește soluția terapeutică numai în administrarea de săruri de fier.

Anemia prin lipsă de fier (anemia feriprivă) apare în urma unei carențe alimentare de fier (a unei alimentații care are în compoziția ei o cantitate redusă de fier), în urma unor necesități crescute de fier (în copilărie, la pubertate sau în cursul bolilor inflamatorii sau tumorale), în urma unei absorbții defectuoase de fier și, într-o proporție de 90—95%, în urma pierderilor de fier prin hemoragii. Hemoragiile care conduc la apariția anemiei feriprive sînt, de regulă, cele care apar în cursul bolilor gastrointestinale sau genitale. Astfel, hemoragiile determinate de ulcerul gastrointestinal, de hemoroizi, paraziți intestinali sau tumori intestinale, de menstruații prelungite, sarcină sau cancer genital sînt de obicei însoțite de această anemie. Dar și alte sîngerări ca : hemoptiziile sau hematuriile repetate, sîngerările nazale (epistaxis) pot conduce la apariția anemiei feriprive.

Această anemie se manifestă prin paloare — mai ales la palme, lobii urechilor, unghii, conjunctive, buze sau mucoasa bucală —, greutate în respirație, dureri în dreptul inimii, creșterea frecvenței bătăilor inimii, scăderea tensiunii arteriale, amețeli, dureri de cap, somnolență, scăderea randamentului fizic și uneori tulburări neuropsihice (în formele avansate de anemie feriprivă). Numărul globulelor roșii și cantitatea de hemoglobină scad. Scad, de asemenea, cantitatea de fier transportat în plasma sanguină (sideremia), concentrația de mioglobină și de pigmenți celulari ce conțin fier, concentrația de proteine din plasmă. Tratamentul anemiilor prin lipsă de fier este foarte simplu, constînd într-o alimentație bogată în săruri de fier și în administrarea de preparate de fier (exemplu : Glubifer). Numai în cazuri foarte grave se recurge la transfuzia de sînge.

Nu numai lipsa de fier poate antrena apariția unor boli, ci și supraîncărcarea cu fier. Aceste supraîncărcări apar datorită unei absorbții și depozitări excesive

de fier fie generalizate, ca în hemocromatoza primară, fie localizate în diferite organe, mai ales în plămîni, ca în hemosideroza pulmonară, sau datorită unei utilizări defectuoase a fierului existent în organism, așa cum se întîmplă în anemia sideroblastică, o anemie cu un procent foarte mare de fier în sîngele circulant. Poate apărea — foarte rar și numai accidental — o supraîncărcare brutală de fier în intoxicațiile acute cu săruri de fier. Astfel de situații nu se întîlnesc decît în cazul unei ingerări accidentale, de obicei la copiii nesupravegheați.

O boală specifică supraîncărcării cu fier, mai bine cunoscută în ultima vreme, este hemocromatoza. De obicei bolnavii se prezintă la medic, acuzînd manifestări de ciroză hepatică, de diabet zaharat, insuficiență cardiacă sau tulburări hormonale. Dealtfel, întreg tabloul clinic al hemocromatozei nu este altceva decît suma acestor boli. La un examen clinic mai atent se observă o pigmentație caracteristică a tegumentelor și mai ales a feței. Fierul în sîngele circulant are valori de 3 ori mai mari decît normal, iar în organele de depozit — ficat, splină, măduvă osoasă, inimă, glande genitale — cantitatea de fier poate depăși de 50 de ori valoarea normală. De cele mai multe ori această boală se întîlnește la consumatorii cronici de băuturi alcoolice și, mai ales, de vin. Vinul conține o mare cantitate de fier (pînă la 18 mg la litru). Dacă și absorbția de fier crește, așa cum se întîmplă de fapt în hemocromatoză după 10—20 de ani, boala apare cu tot cortegiul de simptome caracteristice cirozei și diabetului zaharat.

Astfel de boli pot apărea însă și din alte cauze, cum ar fi : administrări prelungite și repetate de săruri de fier, după transfuzii repetate de sînge sau în cursul unor boli de sînge.

Dacă în anemia prin carență de fier, tratamentul constă în administrarea de fier, în hemocromatoză (boală prin exces de fier), tratamentul are ca scop eliminarea fierului depozitat excedentar. Astăzi ne stau la dispoziție medicamente care au acest rol și ale căror rezultate sînt foarte bune, bineînțeles condiționate de forma clinică și etapa evolutivă în care se găsește afecțiunea.

sonete·HIPOCRATICE·

Sonetul obezului

Declar c-ador bucatele alese,
Stropite din belșug, precum se face,
Cu vechi arome dionisiace,
La nunțile domnițelor mirese...

Și nu c-aș fi un tip ce se preface.
Văzînd atîți grăsuni, și boli, și strese,
Am evitat îmbelșugate mese,
Mereu fiind un auster tenace.

Obezității mele, demult m-am tot opus ;
Am detestat grăsimea-ntotdeauna,
Negat-am orice calorie-n plus,
Dar văd că lupta crîncenă, nebuna,
Cu exces de calorii, de-o vreme-ncoace
M-a obosit, și-am încheiat eu *pace.*

Traian Gărduș

ce este poliglobulia?

PROF. Dr. DOC. ȘTEFAN BERCEANU,
DR. STĂNICĂ NICOARĂ
CLINICA DE HEMATOLOGIE,
SPITALUL „FUNDENI" BUCUREȘTI

Se face uneori afirmația : „ce bujori are în obraji, este plin de sănătate !" Dar aceasta nu corespunde întotdeauna cu realitatea, deoarece sînt unele persoane care, deși au „fața roșie ca trandafirul", suferă de o tulburare ce poartă numele de *poliglobulie*. Dar pentru a înțelege ce este poliglobulia este necesar să lămurim cîteva noțiuni cu privire la globulele roșii din sînge.

Numărul de globule roșii și cantitatea de hemoglobină din sînge sînt menținute în anumite limite normale printr-un echilibru dinamic între producție și distrucție. La rîndul ei, producția de globule roșii este reglată printr-un mecanism extrem de ingenios. *Factorul de semnalizare* al acestui mecanism este concentrația de O_2 din sînge. Atunci cînd aceasta scade sub limita normală intră în acțiune *aparatul de semnalizare*, care se găsește la nivelul rinichiului ; acesta produce un semnal de alarmă. *Semnalul* este reprezentat de un hormon, numit *eritropoietină*. Eritropoietina ajunge cu sîngele la măduva osoasă și stimulează producția de globule roșii. Globulele roșii care se formează aduc o cantitate mai mare de O_2 la aparatul de semnalizare, care scade formarea de eritropoietină. Aceasta are drept consecință scăderea producției de globule roșii din măduva osoasă. Acest tip de mecanism de reglare a fost numit mecanism *„feed back"*.

O tulburare survenită la una din verigile acestui mecanism poate avea ca rezultat creșterea producției de globule roșii peste limitele normale.

Ce este poliglobulia ?

Cînd producția de globule roșii crește peste limitele fiziologice, iar distrucția rămîne normală, apare *poliglobulia*. Se consideră că are poliglobulie un bărbat cu globule roșii peste 5,5 milioane/mm³, hemoglobina peste 17 g/100 ml și hematocritul peste 52% și o femeie cu globule roșii peste 5 milioane/mm³, hemoglobina peste 15 g/100 ml și hematocritul peste 46%. Menționăm că hematocritul este metoda cea mai precisă pentru determinarea stării de poliglobulie.

Este poliglobulia o boală ?

Ca și anemia, poliglobulia este un semn și nu o boală. Ea este un *semnal periferic* pentru o tulburare sau o boală de bază, care trebuie descoperită și tratată. Tulburarea sau boala de bază poate fi extrem de diversă : ușoară (vărsături, diaree, transpirații) sau severă (tumori) ; evidentă (boală pulmonară, boală de inimă, boală renală) sau ocultă (boală moleculară a hemoglobinei) ; cîștigată (intoxicație cu oxid de carbon, compuși de sulf, nitriți) sau ereditară (poliglobulie familială). Depistarea ei nu poate fi făcută decît de medic.

Sub acest aspect, poliglobulia a fost comparată cu celebra cutie a Pandorei din mitologie. Multe din „relele" care există pe pămînt ar fi ieșit din această cutie. În mod

similar, poliglobulia ar putea ascunde diverse boli, unele uşoare, altele severe. Dar, ca şi cutia Pandorei, ea mai conţine şi speranţa, acea speranţă că boala de bază poate fi tratată cu succes şi vindecată.

Care sînt mecanismele de producere a poliglobuliei ?

Poliglobulia poate fi relativă sau absolută. *În poliglobulia relativă*, scăderea volumului de plasmă din sînge determină o concentrare a globulelor roşii. Aceasta se întîlneşte în caz de scădere a ingestiei de lichide sau de creştere a pierderii de lichide (vărsături abundente, diaree, transpiraţii masive etc.). În *poliglobulia absolută* se produce o creştere reală a cantităţii de globule roşii din circulaţie. Această creştere are la bază patru mecanisme principale.

Primul mecanism este reprezentat de *scăderea concentraţiei de O_2 din sînge (hipoxia generalizată)*, ceea ce duce la creşterea eritropoietinei şi la apariţia poliglobuliei. Cauzele pot fi : reducerea presiunii O_2 din atmosferă la altitudini de peste 3 000 m (poliglobulia de altitudine) ; o boală pulmonară (bronşită cronică, scleroză pulmonară, silicoză etc.) ; o malformaţie cardiacă sau vasculară ; o intoxicaţie cu diverse substanţe (oxid de carbon, compuşi de sulf, nitriţi) sau medicamente (fenacetina), care face hemoglobina nefuncţională ; o boală moleculară a hemoglobinei, care are ca urmare încetinirea eliberării O_2 la nivelul ţesuturilor (poliglobulia ereditară).

Cel de-al doilea mecanism îl constituie *hipoxia renală localizată*, consecinţă a unei boli renale (chistul renal, hidronefroza, stenoza arterei renale etc.). Aparatul de semnalizare este „indus în eroare" de hipoxia localizată, ceea ce creşte secreţia de eritropoietină, care duce la poliglobulia secundară.

Al treilea mecanism îl formează *secreţia unor substanţe similare eritropoietinei*, avînd acelaşi efect de creştere a producţiei de globule roşii. Această secreţie este produsă de unele tumori (hipernefromul, angioblastomul cerebelos, fibromul uterin, hepatomul, carcinomul pulmonar etc.).

Al patrulea mecanism îl reprezintă *creşterea „autonomă" a producţiei de globule roşii*, independentă de secreţia de eritropoietină. Acest mecanism se întîlneşte în boala numită *policitemia vera*.

Care sînt manifestările poliglobuliei ?

Simptomele şi semnele poliglobuliei se suprapun peste cele ale bolii de bază. Cele mai frecvente simptome sînt : durerile de cap, ameţeala şi tulburările vederii (senzaţia de praf în ochi, puncte lucitoare sau negre în cîmpul vizual etc.). La bolnavii cu *policitemia vera*, debutul poate fi brusc, manifestat printr-un episod dramatic, embolic (embolie cerebrală sau pulmonară, infarct de miocard) sau o sîngerare anormală după un traumatism minor sau o operaţie. Mîncărimea de piele (pruritul), în special după baia caldă, este un simptom particular pentru *policitemia vera*. Culoarea roşie a pielii şi mucoaselor este un semn comun pentru toate tipurile de poliglobulie. Ea este evidentă la faţă, buze, limbă şi degete. Culoarea este rezultatul unui amestec de cantităţi variabile de oxihemoglobină (roşie) şi hemoglobină redusă (albastră). Observarea nuanţei acestei colorаţii are o importanţă pentru diferenţierea tipurilor de poliglobulie. În poliglobuliile prin hipoxie (reducerea oxigenului din sînge sub limite normale) predomină culoarea violacee. În poliglobulia toxică, prin oxid de carbon, culoarea are o nuanţă roşie-carmin. Fenacetina şi nitriţii dau o cianoză albastră-cenuşie. În *policitemia*

vera, coloraţia este roşie-violacee. Merită să fie amintită caracterizarea făcută de un celebru clinician, Osler, la începutul secolului trecut, pentru această coloraţie: „roşie ca trandafirul vara şi albastră ca indigoul iarna". Creşterea splinei este tot un semn particular pentru *policitemia vera*. Hipertensiunea arterială poate fi întîlnită la un procent variabil de bolnavi cu poliglobulie; aceasta scade îndată după sîngerări.

Care este tratamentul corect al unei poliglobulii ?

Nu putem să tratăm corect o poliglobulie decît după ce am făcut investigaţiile necesare pentru a descoperi mecanismul şi cauza ei profundă. Îndepărtarea cauzei, atunci cînd este posibil (oprirea vărsăturilor, diareei sau transpiraţiilor, mutarea de la altitudine mare la cîmpie, corectarea chirurgicală a malformaţiei cardiace sau vasculare, îndepărtarea substanţelor toxice sau medicamentoase, excizia tumorii etc.), duce la dispariţia poliglobuliei.

În *policitemia vera*, cauza este necunoscută. De aceea, tratamentul se îndreaptă asupra mecanismelor de producere a bolii. Primul obiectiv este reducerea la normal a volumului de globule roşii, iar al doilea obiectiv este scăderea producţiei de globule roşii. Primul obiectiv se realizează prin sîngerări repetate. Sîngerările dau rezultate favorabile imediate şi sînt practic lipsite de accidente; fără întîrziere se poate constata că simptomele majore ale bolii dispar sau se ameliorează. Ideea că sîngerările repetate agravează boala este complet eronată. Scoaterea de sînge a fost considerată o metodă de tratament eficace din cele mai vechi timpuri (vezi figura). Poetul Ovidiu, adresîndu-se legendarei Medeea, a spus: „Tăiaţi-mi venele să curgă sîngele cel vechi şi unul nou să-mi redea tinereţea". Iată şi remarca lui

Voltaire în legătură cu sîngerările: „În febrele maligne cu vase aşa de încărcate cu sînge încît sînt gata să plesnească şi sîngele să invadeze creierul, bunul simţ ne arată că sîngerarea este necesară". Dacă sîngerările nu se fac la timp sau în cantitate suficientă (pînă la normalizarea hematocritului), bolnavul este expus la complicaţii (tromboze şi/sau hemoragii). Al doilea obiectiv (inhibarea producţiei de globule roşii) se realizează cu diverse substanţe chimioterapice.

Cura heliomarină sau balneară, tratamentul cu corticosteroizi, vitamina B_{12}, acid folic etc. pot agrava evoluţia bolii.

În ţara noastră, bolnavii cu *policitemia vera* sînt îngrijiţi în centre specializate (Clinica de hematologie din Bucureşti şi centrele judeţene), obţinîndu-se la majoritatea dintre ei un echilibru sanguin, care le permite să ducă o viaţă normală.

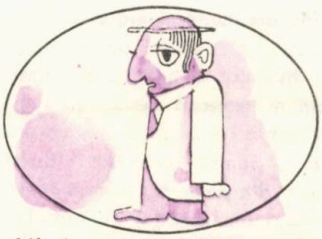
un bolnav cu mulți prieteni.....

Medicul : *Ce vă aduce la mine ?*
Pacientul : *Tovarăşe doctor, sînt bolnav copt...*
Medicul : *Ce suferință aveți ? Ce vă doare ?*
Pacientul : *Întrebați-mă mai curînd ce nu mă doare ? Am o sumedenie de suferințe.*
Medicul : *Vă rog, dezbrăcați-vă, să vă examinez !*
Pacientul : *Nu cred c-ar fi cazul. Nimeni nu-mi poate cunoaşte boala, sau mai bine zis bolile, mai bine decît mine. Am să vi le spun pe rînd.*
Medicul : *Bine, vă ascult.*
Pacientul : *Cu care din ele să încep ?*
Medicul : *Ştiu eu ? Cu care vă lasă inima...*
Pacientul : *Bună idee. Să încep atunci cu inima. O simt uneori bătînd, or asta nu e normal! Care o fi cauza ? Mi-a spus un prieten că s-ar putea să am ceva serios, şi de aceea v-aş ruga pentru o „electroradiogramă"...*
Medicul : *Poate o „electrocardiogramă", vreți să ziceți.*
Pacientul : *Aşa e, aveți dreptate, că doar ce legătură are inima mea cu radio-ul ?*
Medicul : *V-am prescris electrocardiograma. Ce altă suferință mai aveți ?*
Pacientul : *Simt uneori o durere surdă în partea stîngă, la ficat...*
Medicul : *Ficatul e în dreapta !*
Pacientul : *N-are importanță că se mută...*
Medicul : *Cine, ficatul ?*
Pacientul : *Aş, durerea. Care o fi cauza ? Mi-a spus un prieten că există o analiză grozavă pentru ficat. Are un nume japonez...*
Medicul : *Prietenul ?*
Pacientul : *Nu, analiza. Cum îi spune, oare ? Îmi stă pe limbă. Taca... Taca... aşa ceva... cu „taca"...*
Medicul : *„Takata-Ara", poate ?*
Pacientul : *Exact, cum ați spus „Takata-Aro"... Şi ar mai fi ceva : uneori, cînd mă emoționez, mă înroşesc la față. Ce să fie asta ? Mi-a spus un prieten că s-ar putea să am globulele roşii crescute. Aş vrea să vă mai întreb : pentru „Takata-Aro" asta îmi luați sînge ?*
Medicul : *Desigur.*
Pacientul : *Perfect ! Atunci, cu ocazia asta, v-aş ruga să vedeți cum stau cu zahărul în sînge, tot sînteți pe acolo. Mi-a spus un prieten că s-ar putea să fie crescut...*
Medicul : *Aveți ceva tulburări în acest sens ?*
Pacientul : *Simt uneori amar în gură, şi asta înseamnă că tot zahărul a trecut în sînge.*
Medicul : *Copilării. Cum vă puteți închipui aşa ceva. Am să vă prescriu şi o glicemie... Altceva, ce vă mai supără ?*
Pacientul : *Observ de la o vreme încoace că nu mai pot alerga după tramvai.*
Medicul : *Numai după tramvai ?*
Pacientul : *Aş ! Şi după autobuz, troleibuz, tren, tot ce aleargă. Care o fi cauza ? Un prieten, motociclist, mi-a spus că n-ar strica să-mi controlez „viteza".*
Medicul : *„Viteza de sedimentare", vreți să ziceți, dar nu prea văd legătura cu motociclistul.*
Pacientul : *Îmi pare rău, tovarăşe doctor, dar dacă nici motociclistul nu s-o pricepe la viteză...*
Medicul : *Aveți dreptate. Altceva, altă suferință ? Cu tensiunea cum stați ?*
Pacientul : *Prost... Cînd e crescută, cînd e scăzută. Toată ziua „joacă". Oare de ce ? Mi-a spus un prieten că dacă „joacă" nu e bine, şi pentru asta există o analiză care ar putea să o facă să nu mai „joace".*
Medicul : *Analiza ! ? Să nu mai joace ? ! Aşa ceva, nu cunosc. Altceva ?*
Pacientul : *Simt nişte furnicături în degetul mic de la piciorul sting. Care o fi cauza ? Mi-a spus un prieten că aş avea o proastă circulație şi că există o analiză care...*
Medicul : *Eu, personal, nu mă pricep. Poate cei de la „Circulație". Mai aveți vreo neplăcere ?*
Pacientul : *Cam asta ar fi. Deocamdată, am terminat.*
Medicul : *Cu suferințele ?*
Pacientul : *Nu ! Cu prietenii.*

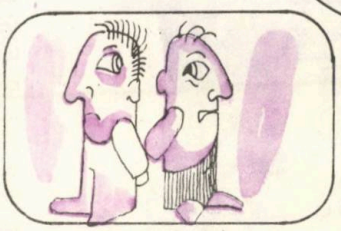
Dr. Constantin Colonaş

procurorul și doctorul...

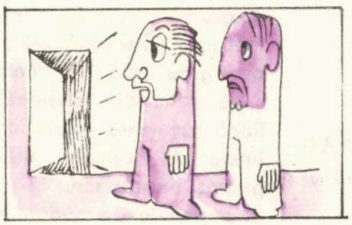
ARISTOTEL PÎRVULESCU
procuror



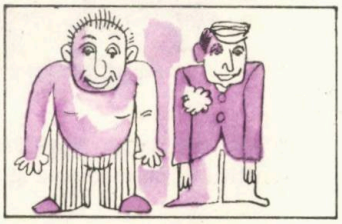
Albul curat al halatului tău
are puritatea negrului solemn
al robei mele.



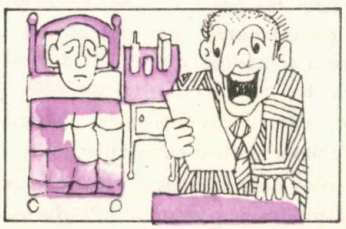
Pe amîndoi
ne deranjează recidiva.



Amîndoi, pentru a vindeca durerea,
rămînem împietriți la auzul
gemetelor provocate de ea.



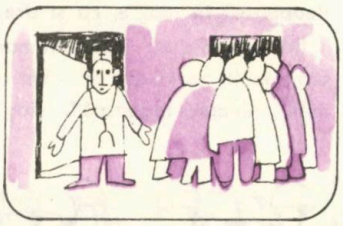
Pacienții noștri sînt diferiți:
unii pretind sănătatea,
ceilalți libertatea.



Tratamentul tău și rechizitoriul meu
au scop comun :
să vindece și să prevină.

De pe urma tratamentului,
numai tu poți să primești
mulțumiri de la clienți.

În ceea ce privește
consecințele erorilor noastre,
parafrazîndu-l pe Montaigne,
situația este diferită:
pe ale tale, timpul le îngroapă;
pe ale mele, le scoate la iveală.



Pacienții ajung în fața noastră
pe căi diferite:
eu îi caut; pe tine te caută.

Ciupercile aliment sau otravă?

CONF. DR. DOC. **MARŢIAN COTRĂU**
Institutul de medicină şi farmacie, Iaşi

După cum se cunoaşte, ciupercile pot fi, din punct de vedere alimentar, comestibile, otrăvitoare şi indiferente. De fapt, diferenţierea în *„Fungi perniciosi"* şi *„Fungi esculenti"* a fost propusă încă din antichitate de Dioscorides. Cel mai vechi document referitor la folosirea ciupercilor datează din anul 1450 i.e.n., acesta fiind o inscripţie murală găsită pe mormîntul faraonului Amenemhet. Dealtfel, se ştie că civilizaţiile din Extremul Orient sau din zona centrală a continentului american foloseau ciupercile cu mult înaintea erei noastre (sec. X i.e.n.) pentru prepararea leacurilor şi a vrăjilor. Încă şi astăzi, populaţiile mai puţin evoluate folosesc ciupercile deopotrivă în magie, ca şi drept hrană.

In antichitatea greco-romană, ciupercile erau mult apreciate ca aliment, fiind denumite „mîncare regească". Imaginea lor a fost regăsită pe o frescă din Herculaneum, alături de fazani, o altă specialitate căutată de gastronomi. Surprins de numărul mare de sclavi folosiţi la recoltarea ciupercilor pentru aristocraţia romană, filozoful Seneca a exclamat : „O zei, cîţi oameni lucrează pentru un singur pîntece !" O dovadă a preţuirii de care se bucura specia *Amanita cezarilor* (burete domnesc) reiese şi din proverbul roman : „este mai sigur să trimiţi un mesager cu aur decît cu ciuperci", pentru că acestea din urmă ar avea toate şansele să fie furate. Proverbul a fost reluat de poetul satiric Marţial, într-o epigramă din care reies următoarele : „Este mai uşor de trimis argint, aur, lînă şi veşminte; este greu însă de trimis *Amanita cezarilor*".

La renumele ciupercilor a contribuit, pe lîngă suculenţa pulpei lor, şi părerea falsă că unele (de exemplu : trufele) ar poseda proprietăţi afrodiziace.

Ciupercile de pădure prezintă însă pericolul de a fi confundate cu speciile otrăvitoare. Se ştie că animalele, mai ales cele sălbatice, pot evita cu uşurinţă otrăvirile cu plante, datorită instinctului lor infailibil. Popoarele primitive erau, de asemenea, apărate prin prudenţă înnăscută şi tradiţie verbală. În schimb, omul evoluat, tot mai îndepărtat de natură, este mult mai expus intoxicaţiilor cu ciuperci. Încă din antichitate au fost cunoscute proprietăţile toxice ale unor ciuperci. Dramatismul acestor intoxicaţii a impresionat atît de puternic imaginaţia celor din vechime, încît ciupercile au fost denumite generic „fungi". Termenul *„fungus"* provine de la *funus* = cadavru şi de la *agere* = a face. Nicandru (sec. II i.e.n.) considera ciupercile otrăvitoare „fermentul rău al pămîntului". Tertullian (sec. II e.n.) semnala, într-o epigramă, că fiecărei varietăţi de ciuperci îi corespunde un tip de manifestări specifice, ceea ce astăzi este confirmat. Mult mai tîrziu, Kircher, îngrozit de numărul mare de intoxicaţii cu ciuperci, susţinea : *„fungus, qualiscumque sit, semper ma-*

lignus est" (ciuperca, oricare ar fi, este totdeauna otrăvitoare).

Dintre numeroasele otrăviri accidentale sau criminale, al căror ecou a străbătut pînă la noi, menționăm doar cîteva. Celebrul dramaturg Euripide (sec. V î.e.n.) și-a pierdut soția, fiica și cei doi fii, deoarece, în absența lui, au consumat ciuperci otrăvitoare. Alte asemenea intoxicații sînt descrise de Hipocrate, Horațiu și Ovidiu. O crimă odioasă a constituit-o otrăvirea cu suc de *Amanita phalloides* (ciuperca cea mai veninoasă), amestecat în ciuperci comestibile, a împăratului Claudiu de către soția sa Agripina, pentru asigurarea succesiunii la tron a fiului acesteia, Nero. Episodul a fost relatat de istoricii romani Suetoniu, Tacit și Casius. Relatările lor au fost reluate, reanalizate și amplificate de istoriograful și romancierul Robert Graves în romanul „Eu, Claudiu, zeu". Se pare că la un ospăț, Agripina a introdus sucul otrăvitor în mîncarea de bureți domnești, destinată lui Claudiu. La cîteva ore au apărut simptomele otrăvirii. Neștiind că otrava din această ciupercă ucide abia după 12 ore, Agripina s-a temut ca nu cumva împăratul să-și revină și de aceea a cerut medicului personal al împăratului (grecul Xenophon) să-i administreze o doză mare de fructe de colocint, o otravă puternică. Supraadăugarea acesteia a asigurat moartea lui Claudiu. În susținerea acestei ipoteze pledează următoarele întîmplări de mai tîrziu : la un banchet, referindu-se la o mîncare de ciuperci din specia *Amanita cezarilor*, un conviv ar fi spus : „ciupercile sînt hrana zeilor", la care Nero ar fi replicat : „da, ele au făcut din tatăl meu un zeu".

Nu au lipsit nici intoxicațiile colective ; astfel, la un banchet a fost otrăvit Serenus, căpitanul gărzii lui Nero, împreună cu toți comesenii.

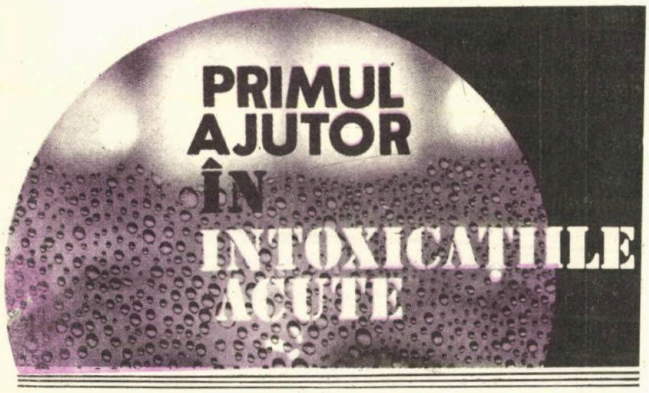
Frecvența mare a intoxicațiilor cu ciuperci a condus la căutarea unor „antidoturi". Galenus (sec. II e.n.) recomanda o infuzie de isop și cimbru în oximel (preparat din miere de albine), la care se adăuga puțin salpetru sau, mai ales, pulbere din excremente de pasăre. Evident că aceste „antidoturi" nu aveau decît rolul să aducă intoxicatului o oarecare speranță în vindecare.

În evul mediu a avut mare răsunet moartea papei Clement al VII-lea (1534) în urma unei intoxicații cu *Amanita phalloides*. Este de remarcat faptul că timp de un mileniu medicația antidotică nu a evoluat, deoarece în secolul al XVI-lea se recomandau, în astfel de intoxicații, tot infuzii calde de condimente (piper, usturoi) și vin.

Și în epoca contemporană se citează cazuri de intoxicații mortale cu ciuperci, în special în a doua jumătate a secolului al XVIII-lea și în secolul al XIX-lea. La sfîrșitul secolului trecut s-au înregistrat, numai în Franța, 300 de decese anual, datorită *Amanitei phalloides*.

Odată cu începutul secolului al XX-lea, frecvența intoxicațiilor cu ciuperci a început să descrească, totuși numărul total de cazuri mortale, pe glob, se apreciază a fi de 1 000–1 500 anual. În prezent, datorită acțiunii de informare a populației referitoare la ingerarea de ciuperci la întîmplare, numărul acestor intoxicații a scăzut considerabil : 200 – 300 de intoxicații grave, cu 20 – 40 de decese, în țări recunoscute ca micofage (Franța, Elveția, Italia). De fapt, din cele peste 3 000 de specii de ciuperci cunoscute în Europa și America de Nord, numai 300–400 sînt recoltabile ; dintre acestea, 20–40 sînt toxice, 10 periculoase și doar 3 mortale.

Relația dintre ciuperci și om a fost cel mai pregnant definită de marele micolog francez Heim : „...rămîne o singură certitudine : bogăția infinită a domeniului în care ciupercile sînt actorii și oamenii beneficiarii sau victimele".



Conf. dr. **Gh. Mogoș**
Spitalul clinic de urgență

Intoxicațiile acute sînt stări patologice care survin în urma pătrunderii pe cale digestivă, pulmonară sau cutanată, a diferitelor substanțe toxice lichide, solide sau gazoase. Intoxicațiile acute se manifestă prin diferite tulburări, care pot interesa toate organele și sistemele : tubul digestiv, ficatul, arborele traheobronșic, rinichiul, sistemul nervos central și periferic, organele de simț, aparatul cardiovascular, măduva osoasă hematogenă și altele. În raport de gradul de toxicitate, de calea de pătrundere și de cantitatea de toxic ajunsă în umori și țesuturi, intoxicațiile acute pot fi ușoare, medii, grave, foarte grave și fulgerătoare. De regulă, formele grave și fulgerătoare evoluează către sfîrșit letal, dacă măsurile terapeutice adecvate nu se instituie imediat după pătrunderea toxicului în organism.

Din experiența căpătată de-a lungul anilor în procesul de asistență medicală de urgență, acordată bolnavilor intoxicați, rezultă că prima treaptă a acestei asistențe, adică primul ajutor, are o influență hotărîtoare asupra evoluției ulterioare a acestora. În cazul în care bolnavul este supus măsurilor adecvate de prim ajutor imediat după producerea intoxicației, evoluția este favorabilă, ducînd de regulă la salvarea vieții acestuia. Dar dacă măsurile terapeutice de prim ajutor sînt aplicate tardiv și nici nu sînt adecvate cazului respectiv, evoluția este gravă, determinînd de multe ori sfîrșitul letal al bolnavului sau, alteori, vindecarea acestuia cu sechele grave. Există, așadar, cîteva lucruri de o deosebită utilitate pe care trebuie să le știe și să le practice orice persoană adultă pusă în situația de a acorda primul ajutor unei victime : stabilirea cu precizie a diagnosticului de intoxicație acută ; încercarea de a îndepărta toxicul ingerat, inhalat sau cel care a contaminat pielea și mucoasele ; administrarea unui antidot la îndemînă și chemarea de urgență a unei ambulanțe a salvării.

Stabilirea diagnosticului de intoxicație acută nu comportă dificultăți deosebite atunci cînd cunoaștem cu precizie condițiile în care s-a produs intoxicația : ingestia voluntară sau accidentală de toxice, expunerea în mediul toxic gazos sau într-o atmosferă care conține vapori sau pulberi de substanțe toxice, contaminarea pielii și a îmbrăcămintei cu substanțe toxice lichide. Dealtfel, precizarea diagnosticului de intoxicație acută se face pe baza relatărilor anturajului (familie, prieteni, vecini, agenți de miliție), ceea ce demonstrează că diagnosticul de intoxicație acută poate fi stabilit nu numai de medic, ci de orice persoană adultă care constată că victima a suferit o agresiune chimică, fie printr-un gest voluntar, fie în mod involuntar, accidental. Problema punerii diagnosticului de intoxicație acută de către o persoană care nu este în specialitate sau de către bolnavul însuși comportă însă dificultăți cînd substanța în cauză nu produce manifestări clinice alarmante imediate, ci tardiv, după cîteva ore sau zile. Așa, de exemplu, ingestia accidentală sau voluntară a unei cantități mici de lichid de frînă, care conține ca substanță toxică etilenglicolul, produce manifestări clinice imediate de o minimă importanță, dar după 24—48 de ore, aceeași substanță determină leziuni renale grave. În esență, ori de cîte ori constatăm apariția unor tulburări clinice minore sau majore, care pot fi legate de o agresiune chimică, respectiv relația cauză-efect dintre acestea, putem afirma că este vorba de o intoxicație acută, accidentală sau voluntară.

Îndepărtarea toxicelor ingerate reprezintă măsura terapeutică de prim ajutor cea mai valoroasă și care stă la îndemîna oricui, indiferent de locul și condițiile în care s-a produs intoxicația. Este de la sine înțeles că, cu cît toxicul este îndepărtat mai rapid și în cantitate mai mare, cu atît efectele nocive ale acestuia sînt reduse la minimum. Toxicele ingerate, prezente încă în tubul digestiv (care nu au fost absorbite), trebuie îndepărtate rapid prin provocarea de vărsături, metodă care poate fi aplicată imediat și în orice loc unde există apă potabilă. Metoda nu poate fi aplicată decît la intoxicați conștienți sau la cei cu o ușoară stare de somnolență, care răspund foarte prompt la reflexele de vomă

pe care le provocăm. În schimb, ea este contraindicată în stările comatoase (pericol imediat al asfixiei prin aspirația conținutului gastric), la cardiaci (poate provoca colaps), la vîrstnicii aterosclerotici și hipertensivi (pericol de hemoragie cerebrală), la emfizematoși (pericol de pneumotorax) și la gravide (pericol de declanșarea travaliului). Mai este relativ contraindicată la persoanele care au ingerat substanțe corosive (pericol de perforație gastrică), la cei care au ingerat derivați de petrol (pericol de aspirație a toxicului în căile aeriene și a pneumoniei chimice), ca și la cei care au prezentat cel puțin un episod convulsiv dat de toxic (pericol de declanșare a convulsiilor). Înainte de a provoca vărsătura, pentru ca aceasta să fie eficace, este obligatoriu să administrăm bolnavului apă potabilă sau alte lichide (lapte, albuș de ou bătut de la cel puțin zece ouă, sucuri de fructe etc.) în porții de maximum 300 ml. Administrarea de cantități mai mari pentru o porție ar putea, ca în timpul efortului de vomă, să deschidă pilorul și să propulseze o cantitate de toxic în intestin, obținîndu-se efectul invers. După evacuarea porției de lichid administrată, manevra se repetă de minimum 10—15 ori. Există mai multe metode prin care putem provoca vărsătura, printre care și excitarea mecanică a fundului gîtului. Se procedează astfel : administrăm intoxicatului 2—3 pahare de apă potabilă sau de alte lichide, după care, cu o coadă de lingură sau cu degetul iritățm vălul palatului (fundul gîtului) și peretele anterior al faringelui. Adăugarea, la fiecare pahar de lichid, a unei linguri de sare de bucătărie este utilă, provocarea de vărsături fiind facilitată de acțiunea excitant-emetizantă a soluției călduțe de clorură de sodiu asupra mucoasei gastrice. După expulzarea conținutului gastric, prin vărsătură, repetăm manevra, pînă ajungem la cantitatea totală de 3—4 litri de lichid. Provocarea de vărsături executată după această metodă poate îndepărta cea mai mare parte a toxicului. De aceea, este recomandabil ca în timp ce o persoană se ocupă de chemarea echipei de salvare, o alta sau însăși victima să treacă imediat la aplicarea acestei măsuri terapeutice de prim ajutor. Pentru îndepărtarea toxicelor care au trecut din stomac în intestinul subțire și în intestinul gros, este necesară administrarea de purgative. Metoda se folosește la toți bolnavii cărora li s-a practicat provocarea de vărsături sau spălătura gastrică. Purgația este utilă nu numai pentru îndepărtarea toxicului ingerat, ci și pentru îndepărtarea produșilor rezultați din metabolizarea toxicului deja absorbit și excretat prin bilă sau prin mucoasa intestinală. Purgativele sînt contraindicate în intoxicațiile acute cu substanțe corosive. După golirea stomacului prin provocarea de vărsături, se dă bolnavului să înghită 30 g de suflat de sodiu sau de magneziu, dizolvat în 250 ml apă. Dacă bolnavul a ingerat fenol, sulfatul de sodiu trebuie înlocuit cu ulei de ricin, administrat în cantități de 30—120 ml.

Îndepărtarea toxicelor care au contaminat pielea și mucoasele este, de asemenea, o măsură terapeutică de prim ajutor de o deosebită eficacitate, care se adresează toxicelor caustice sau celor necaustice, și care se absorb prin piele și mucoase.

Îmbrăcămintea îmbibată cu toxice trebuie îndepărtată imediat, pentru a întrerupe procesul de absorbție a toxicului prin piele, iar aceasta trebuie curățată bine cu apă și săpun, prin spălare timp de cel puțin 15 minute. Rapiditatea cu care se acționează la îndepărtarea veșmintelor îmbibate și la spălarea cu apă a zonelor lezate este hotărîtoare pentru limitarea leziunilor provocate de substanțele corosive. Nu trebuie să folosim niciodată substanțe abrazive pentru curățirea pielii, deoarece acestea pot provoca soluții de continuitate, care favorizează absorbția toxicului.

Dacă substanța toxică a pătruns în sacul conjunctival al globilor oculari, acesta trebuie spălat cu apă potabilă, în jet, sub presiune mică, timp de aproximativ 5—10 minute. În cazul acizilor și bazelor corosive, aplicarea imediată a spălăturii sacului conjunctival poate salva corneea transparentă. Pentru ca spălătura să fie eficace, este necesar ca pleoapele să fie depărtate de globul ocular, tot timpul cît sacul conjunctival este supus jetului de apă. Dacă leziunile oculare sînt pe primul plan, bolnavul trebuie trimis imediat la un serviciu de specialitate.

Administrarea de antidot. În cazurile de intoxicații acute cu substanțe care au antidot, administrarea, cît de repede posibil, a acestuia reprezintă o măsură terapeutică esențială. Prin antidot înțelegem o substanță care, prin mecanisme fizice, chimice sau fizico-chimice, neutralizează sau inactivează una sau mai multe substanțe toxice. În sfera noțiunii de antidot sînt incluse și substanțele care nu distrug și nu neutralizează toxicul pe cale fizică sau chimică, dar care antagonizează acțiunile farmacodinamice ale acestuia. Numărul antidoturilor este foarte restrîns, de unde importanța deosebită a celorlalte măsuri terapeutice în intoxicațiile cu substanțe care nu au antidot. Antidoturile se admi-

nistrează atît pe cale orală, pentru inactivarea toxicelor existente în tubul digestiv, cît şi pe cale parenterală, pentru inactivarea toxicelor existente în ţesuturi şi umori.

Dintre antidoturile care sînt la îndemîna populaţiei şi care pot fi administrate fără rezerve, menţionăm : laptele, albuşul de ou, sucurile de fructe şi soluţia slabă de oţet. Prin conţinutul lui în proteine, laptele are proprietăţi antidotice, precipitînd sărurile de metale grele şi unii alcaloizi. Laptele, folosit pe scară largă ca antidot de marea masă a populaţiei, este contraindicat în intoxicaţiile cu substanţe liposolubile (solvenţi organici, petrol, benzină, tricloretilen, unii compuşi organoclorati, fosfor etc.). După administrarea fiecărei doze de 250—300 ml lapte, trebuie să provocăm vărsătura, pentru îndepărtarea toxicului din stomac, care altfel ar fi resorbit în intestin. Proteinele din albuşul de ou, ca şi cele din lapte, precipită îndeosebi sărurile de metale grele şi unii alcaloizi, formînd compuşi insolubili, neresorbabili. Doza de albuş de ou este eficace cînd este ingerată în cantităţi suficiente, adică de la cel puţin zece ouă. Ca şi în cazul laptelui, se recomandă ca doza de albuş de ou să fie evacuată prin vărsături, întrucît rămasă în tubul digestiv, precipitatul poate fi redizolvat şi toxicul absorbit. Pentru neutralizarea bazelor (soda caustică etc.), se pot folosi sucurile de fructe şi îndeosebi citronadele preparate din lămîie, care conţin acid citric, sau soluţie de acid acetic 5%, în doză de 200—300 ml. Dar măsura terapeutică cea mai eficace este administrarea, la locul accidentului, de cantităţi fracţionate de apă potabilă şi provocarea de vărsături, cînd actul deglutiţiei este încă posibil.

Măsurile de prim ajutor expuse mai sus pot fi executate într-un interval de timp de maximum 15 minute, timp care nu trebuie pierdut în aşteptarea echipajelor salvării. În felul acesta se cîştigă timp, iar contribuţia populaţiei la tratamentul de urgenţă al intoxicaţiilor acute se poate concretiza în reducerea numărului de cazuri letale, a complicaţiilor ulterioare, în scăderea duratei medii de spitalizare şi redarea în activitatea productivă a unei importante forţe de muncă.

În încheiere, ne permitem să dăm un sfat deosebit de util, atît pentru bolnav, cît şi pentru medic : colectarea unui eşantion din vărsătura care conţine toxicul şi trimiterea acestuia odată cu bolnavul la spital. Această măsură dă posibilitatea laboratorului clinic al spitalului să identifice substanţa toxică în cauză şi să orienteze medicul în aplicarea măsurilor terapeutice celor mai adecvate. În acelaşi scop, cînd este posibil, trebuie trimise şi eşantioane din substanţa toxică ingerată sau care a contaminat tegumentele şi mucoasele bolnavului.

Respectîndu-şi rangul, plantele de leac
s-au mutat la bloc, cum se cuvine.
Spulberă pe-afară viscolul buimac,
lor, în casă, iarna, le e bine.

Aşadar, cu grijă şi cu drag aleşi,
au intrat în noi apartamente
doctori buni : ienuperi *şi* măceşi,
doctoriţe bune : păpădii *şi* mente.

Iar ca responsabil, iute şi activ,
l-au numit pe unul înzestrat cu harul
de-a sări la toate, combativ.
— Aţi ghicit, desigur, că-i muştarul.

Blîndă, floarea-soarelui, *pe loc,*
afirmînd că-i rudă cu slăvitul soare,
vru să lumineze camerele-n bloc
şi-a intrat în lustre, prin înşurubare.

Însă, pentru cazul ipotetic cînd
s-ar opri curentul — grija nu le strică —
toți colocatarii au lăsat arzînd
prin apartamente și-o lumînărică.

Scările pătate de noroi
așteptau să li se șteargă slinul.
Angajat de-atuncea șef peste gunoi,
face curățenie ricinul.

Sunătoarea, *cu un glas suav,*
a-ntrebat chirurgul : — Ce te faci, bădie,
dacă vrea să sune noaptea vreun bolnav ?
Și-a intrat pe post de sonerie...

Rufele murdare, strînse-ntr-un balot,
au stîrnit probleme ce-ncurcară ița.
— Vi le spăl pe gratis, cu săpun cu tot,
a propus urgent săpunărița.

La o croitorie, micul mușețel
spinului îi spuse printre alte taine :
— Meștere, eu sînt mai rotunjel,
coase-mă ca nasture la haine.

Dintr-un colț, abia ieșind din rînd,
a scîncit a jale, biruind aleanul,
coada-șoricelului, *plîngînd :*
— Eu fac numai bine. Ce tot vrea
motanul ?

Dar priviți : din blocul astfel destinat
plantelor cu rosturi curative,
fură izgonite, fără vreun bănat,
două ierburi strașnic de nocive.

Una — o ciupercă plină de venin —
gata să-i provoace omului o dramă,
a fugit departe într-un magazin
și-acum vînde pălării de damă...

Iar o altă iarbă — frunza de tutun —
s-a-mpărțit în mii de firicele
ce se dau la debit pe un preț comun.
Foc și scrum aleagă-se din ele !

Doar acele plante — medici plini de har —
care umplu blocul rîd aromitoare.
Scrie sus, pe firmă, cu neon : PLAFAR,
iar în hol miroase a ozon și-a soare...

ANDREI CIURUNGA

MEDICINA și istoria

Medicina, alături de alte științe, și-a adus o contribuție prețioasă la dezlegarea multor taine ale istoriei. La aceasta a contribuit și faptul că marile personalități aveau în preajma lor medici care, exceptînd asistența de specialitate pe care o acordau, nu o singură dată au consemnat în scris atît evenimentele la care au fost martori, cît și amănunte ale bolilor de care sufereau domnitorii, regii și împărații. Poate că nu întotdeauna harul istoric i-a determinat să consemneze o serie de date, ci, mai degrabă, agravarea stării celor bolnavi sau moartea acestora, ceea ce aducea medicilor acuzații și bănuieli, fie că nu-și cunoșteau meseria, fie că erau cumpărați de dușmani pentru a nu acorda îngrijirea corespunzătoare sau chiar pentru a-i otrăvi. Dealtfel, se cunosc suficiente exemple cînd, în lupta pentru tron, succesorii, după ce-și suprimau predecesorii, aruncau vina pe medici. Poate mai curînd acesta să constituie unul din motivele majore care determinau pe medicii de curte să țină un jurnal în care notau cu grijă starea sănătății suveranului, evoluția bolii, simptomele și medicația administrată și care, la nevoie, le putea servi la apărarea de învinuirile ce li se aduceau. Or, istoricului, colaborarea cu medicul îi poate fi de un excepțional folos în descifrarea unor fapte și împrejurări perfect explicabile și care altfel par învăluite în legendă.

Așa cum arătau N. Gruia Ionescu și C. Daniel : „dacă este greu pentru un medic internist să stabilească boala de care a suferit Radu cel Mare, în lipsa unor exa-

mene medicale şi a unor analize de laborator, cu alte cuvinte în lipsa datelor ce s-ar fi putut obţine prin tehnicile medicale moderne, nu tot aşa stau lucrurile în psihobiologie. În acest domeniu, documentul scris de cel în cauză sau de contemporani, cronicile timpului şi, mai ales, ereditatea şi faptele sale, constituie simptomul clinic pentru stabilirea diagnosticului. Luînd ca exemplu memoriile sau scrisorile lăsate de persoana în cauză, ele au pentru psihiatru valoarea ce o are, spre exemplu, constatarea tensiunii arteriale pentru cardiolog. Astfel că, pentru psihiatru, nu există o deosebire esenţială — atunci cînd dispune de documentele necesare — între examenul unui bolnav în spital şi analizarea unei personalităţi istorice dispărute de secole".

Alexandru Lăpuşneanu

Domnia relativ lungă a acestui voievod s-a situat la răscruce de istorie a neamului românesc. Atît pentru contemporanii săi, cît şi pentru istoricii de mai tîrziu, personalitatea şi activitatea voievodului au oferit prilejul unor dispute aprinse. Pentru istoricul de astăzi nu a existat altă posibilitate de a se arunca o rază de lumină într-o epocă atît de îndepărtată, decît apelîndu-se la metodele psihobiologice. Bogăţia de documente şi mărturiile existente au uşurat foarte mult munca cercetătorilor care s-au aplecat asupra lor. Analizînd faptele voievodului s-a putut constata că personalitatea acestuia era plină de contradicţii. Risipitor în aparenţă, face daruri bogate, dar, în acelaşi timp, dispune să i se restituie pielea unui bou oferit pentru masa solului polonez Erasm Otwinowski ; este foarte evlavios, construieşte biserici, dă dispoziţie ortodocşilor din Lemberg să toarne un clopot de bronz, pe care să se graveze numele său cu caractere latine, dar, în acelaşi timp, comite măceluri înspăimîntătoare, descrise cu măiestrie de Costache Negruzzi în nuvela care-i poartă numele ; îşi schimbă numele din Petre în Alexandru, este în permanentă mişcare, schimbă capitala ţării, are oscilaţii în idei şi în convingeri. Dealtfel, construirea mănăstirii Pîngăraţi este încă o dovadă a nestatorniciei voievodului în idei, acţiuni şi convingeri, deoarece părăseşte construirea ei pentru ca s-o reia mai tîrziu.

Dominat de tendinţe ipohondrice şi persecutorii, de stări depresive şi halucinaţii, se poate afirma că personalitatea sa psihică a suferit însemnate oscilaţii : cînd spontan şi exuberant, cînd apatic şi depresiv.

Concluzia la care s-a ajuns din analiza personalităţii lui Lăpuşneanu a fost aceea că suferea de o psihopatie ciclotimică, cu stări de hiperactivitate, alternînd cu perioade de depresiune.

Raportîndu-ne la epoca în care a trăit, simptomele care-l caracterizau îşi păstrează şi în zilele noastre valabilitatea la cei suferinzi.

Fără îndoială — menţionează Gruia Ionescu şi C. Daniel — oamenii Renaşterii aveau o psihologie deosebită de a noastră şi Alexandru Lăpuşneanu — poate în acelaşi grad ca şi duşmanul său Despot Vodă — a fost un om al epocii sale. În el găsim amalgamul de extaz mistic, de cruzime şi de viciu pe care îl întîlnim la Carol al IX-lea, regele Franţei, sau coexistenţa unei inteligenţe remarcabile cu superstiţii copilăreşti, ca la Filip al II-lea al Spaniei.

În secolele al XV-lea şi al XVI-lea remarcăm mai mulţi ciclotimici : astfel, pe plan politic se evidenţiază Carol Quintul, care la un moment dat, cuprins de melancolie, abdică ; îl întîlnim pe Francisc I, adversarul său curajos şi îndrăzneţ, pe Henric al IV-lea al Franţei, pe Carol al VIII-lea — regele Barbă Albastră etc. Dar ciclotimici se regăsesc şi în lumea artistică şi literară : Michelangelo, Shakespeare, Benvenuto Celini, Rabelais, Montaigne, Villon şi mulţi alţii.

Morţi misterioase

Istoria ne oferă nenumărate enigme care nu au fost rezolvate nici pînă în zilele noastre. Printre acestea se înscriu şi cele referitoare la cauzele care au determinat sfîrşitul unor figuri proeminente ale trecutului : de la oameni de artă şi ştiinţă pînă la conducători şi regi (Goya, Alexandru Macedon, Mozart, Napoleon etc.). Descrierea simptomelor prezentate de cei în cauză a permis medicilor să emită ipoteze privind adevărata cauză a morţii, contravenind adeseori unor idei care se statorniciseră în decursul anilor.

Francisco José de Goya y Lucientes, pictor spaniol, şi-a înscris numele în rîndul celor rămaşi posterităţii, datorită valorii operelor sale. Din biografiile sale, cît şi din descrierile rămase de la contemporanii săi, rezultă că Goya a fost multă vreme chinuit de o boală cumplită ale cărei cauze depăşeau cunoştinţele medicale ale vremii. Starea depresivă a pus pentru prima oară stăpînire pe el în 1778, cînd abia împlinise 30 de ani. Boala l-a chinuit timp de trei ani, cînd s-a ameliorat brusc şi a fost în măsură să-şi reia activitatea, cu energia nestăpînită care-l caracteriza. Păşind în cel de-al patruzecilea an al vieţii, misterioasa suferinţă i-a revenit sub o formă şi mai gravă : jumătatea dreaptă a corpului i-a paralizat, şi-a pierdut simţul echilibrului, auzul, vorbea cu greutate şi avea halucinaţii. Timp de cîţiva ani a fost în imposibilitate de a mai picta.

Doctorul William Niederland, cercetător la Centrul de medicină al Universităţii din New York, investigînd o bogată bibliografie asupra vieţii lui Goya, a formulat ipoteza că boala acestuia nu era altceva decît o intoxicaţie cronică cu plumb. Utilizat de pictor sub formă de carbonat, pentru a produce tonurile cenuşii scînteietoare, care îi erau atît de preferate, plumbul era absorbit de organism, producînd efectele atît de cunoscute astăzi. Or, este ştiut că Goya avea o manieră originală de a picta, aplicînd uneori culorile cu mîna, ceea ce a făcut ca Goya să absoarbă intens plumbul din culorile utilizate de el.

Simptomatologia intoxicaţiei cronice cu plumb oferă un tablou foarte variat, în care se regăsesc multe din manifestările bolii lui Goya, aşa cum reiese din scrierile despre viaţa marelui pictor. Iată, de exemplu, ce menţionează tratatele de toxicologie : „...bolnavii devin trişti, preocupaţi, vorbesc puţin, plîng frecvent, vorbesc în timpul nopţii cu persoane imaginare. Se constată o slăbiciune musculară generalizată, tresăriri bruşte ale muşchilor, tremurături. În unele momente, luciditatea este completă, memoria intactă, iar în altele intervin obsesiile, confuziile mintale, scrisul devine ilizibil şi unele litere sînt uitate. Dar unul dintre simptomele capitale ale intoxicaţiei cu plumb îl constituie tulburările sistemului nervos periferic, dintre care cel mai frecvent şi cel mai important este „paralizia saturnină". Debutul poate fi brusc, lent sau progresiv. Paralizia antebraţului constituie tipul cel mai comun. Această paralizie este de cele mai multe ori bilaterală, dar atinge de regulă membrul drept, adică cel cu care se acţionează mai mult. Degetele, şi mai ales arătătorul, sînt primele lezate. Degetele mîinii sînt afectate în mod diferit, lucru ce se traduce printr-o poziţie ciudată a acestora, ca şi cum bolnavul pune coarne, fapt ce constituie un simptom caracteristic. Bolnavul nu poate strînge nimic cu mîna...".

Într-adevăr crizele grave îl obligau pe Goya să-şi părăsească pentru un timp lucrul şi deci să întrerupă contactul cu substanţa toxică. Îndată ce boala se ameliora, pictorul îşi relua activitatea pînă cînd ajungea din nou la un punct critic.

Constatăm deci cum medicina a reuşit să aducă lumină într-o problemă ce părea fără răspuns. Dar nu totdeauna străduniile depuse au dus la elucidarea unor probleme de către majoritatea specialiştilor. Din nenumăratele exemple cunoscute să ne oprim puţin asupra cauzelor presupuse a fi determinat sfîrşitul lui Napoleon.

Figura singulară a lui Napoleon a inspirat o bogată literatură memorialistică. După înfrîngerea de la Waterloo, abdică pentru a doua oară şi exact la 100 de zile de la evadarea sa de pe insula Elba, fuge pe coasta de apus a Franţei. Nereuşind să plece în America, se predă englezilor. În dimineaţa zilei de 15 octombrie 1815, vasul Northumberland avea să ducă pe ilustrul prizonier pe o insulă pierdută undeva în sudul Atlanticului, insula Sfînta Elena. La numai şase ani, pe data de 5 mai 1821, la 17 h 45', Napoleon şi-a dat sfîrşitul. În noaptea agoniei şi-a purtat pentru ultima dată soldaţii la victorie ; muribund, a mai avut puterea să-i ordone mareşalului Ney încă un atac.

Autopsia lui Napoleon a avut loc la 6 mai, în circumstanţe dramatice. Ea a fost făcută în salonul Langwood, o cameră de cinci metri şi jumătate pe patru metri şi jumătate, ai cărei pereţi erau pictaţi în verde, iar lumina intra pe două ferestre situate pe aceeaşi parte. Căldura era sufocantă, iar corpul se descompunea repede şi un miros de putrefacţie invada camera. În această mică sală, prost aerisită, erau prezente la neobişnuita operaţie patrusprezece persoane. Există trei

rapoarte asupra acestei autopsii. Raportul „oficial" a fost semnat de către medicii armatei şi ai marinei, care erau sub ordinele lui sir Hudson Lowe, guvernatorul insulei, un om stigmatizat chiar de către istoricii englezi ca avînd „un spirit meschin, strîmt, crud şi răutăcios". Un alt raport a fost cel al chirurgului asistent Henry, raport pe care unii istorici englezi îl apreciază şi care a fost făcut public la doi ani după moartea lui Napoleon. Cel de al treilea raport aparţine lui Antommarchi, medicul împăratului, care a descris tot ce a văzut, fără să se lase dus de imaginaţie, şi care avea solide cunoştinţe teoretice şi practice de anatomie patologică.

Este lesne de conceput că viaţa pe insulă nu era uşoară şi deci după cîtăva vreme ilustrul prizonier s-a îmbolnăvit.

Pe baza simptomelor prezentate, medicii care l-au îngrijit pe Napoleon i-au pus diagnosticul de „hepatită tropicală". Un raport întocmit în acest sens în iulie 1818 menţiona că dată fiind starea gravă a bolnavului, rămînerea la Sfînta Elena îi va fi fatală. Guvernul britanic a refuzat însă să ţină seamă de avertismentele medicilor şi nu agrea ideea ca opinia publică să cunoască faptul că Napoleon s-a îmbolnăvit în timpul şederii în această insulă. Primele simptome au apărut în iunie 1817, cînd prizonierul se plîngea de dureri de cap, oboseală, nevralgii repetate, inapetenţă şi greţuri ; în octombrie acuza o durere surdă în partea dreaptă a cavităţii abdominale, cu iradiere dorsală. Începînd din septembrie 1820, starea sănătăţii sale se înrăutăţeşte brusc, înaintînd inexorabil spre deznodămîntul fatal.

Asupra cauzelor care i-ar fi pricinuit moartea lui Napoleon au fost emise ipoteze diferite. Astfel, după datele autopsiei la care a asistat Antommarchi, acesta susţinea că decesul s-a datorat unei afecţiuni organice a abdomenului. Examenul necropsic făcut de doctorul Antommarchi menţionează un „ganglion canceros" şi descrie o perforaţie a peretelui abdominal, cu un diametru de 7 mm, blocată de o aderenţă a lobului drept al ficatului. La numai 12 ani de la moartea lui Napoleon, chirurgul francez Craveilhier emitea ipoteza unui ulcer perforat.

La 11 ianuarie 1913, profesorul Arthur Keith, preşedintele Colegiului regal al chirurgilor britanici, a publicat rezultatul unui examen histopatologic practicat asupra unui fragment de intestin care ar fi aparţinut lui Napoleon şi care se găsea printre alte piese anatomice la muzeul „John Hunter" din Londra. Expertul englez conchidea că decesul s-a datorat frigurilor de Malta, iar agentul purtător ar fi fost nişte capre aduse acolo din regiunea Mediteranei.

Un alt medic englez, sir Frederic Eve, susţinea că leziunile de pe intestinul subţire al lui Napoleon au fost cauzate de o malarie cronică, boala fiind adusă la Sfînta Elena de unii dintre sclavii negri ce populau insula.

La scurt interval a urmat însă o ipoteză care conchidea că e vorba de o dizenterie amibiană, care a provocat o criză hepatică, urmată de o perforare a stomacului şi de peritonită. Fragmentul de intestin a fost examinat de profesorul Leriche, specialist reputat, care a afirmat că piesa anatomică prezintă o perforare de natură dizenterică.

În jurul acestei piese anatomice s-a creat o întreagă legendă, la ea neavînd acces decît custodele muzeului. Din păcate, piesa a fost distrusă, odată cu o mare parte din muzeul care o adăpostea, cu prilejul unui bombardament nazist în 1941.

În sfîrşit, cea mai nouă ipoteză aparţine lui Sten Forshutvud, care afirmă că Napoleon a fost victima unei otrăviri cu arsen. Acesta a analizat fire de păr ce au aparţinut lui Napoleon, folosind metode radiochimice extrem de sensibile. Fără a intra în detalii, se pare că intoxicaţia a început cu nouă luni înainte de moarte. După opinia medicului suedez, autorul otrăvirii ar fi fost generalul francez, contele Charles de Mônholon, care făcea parte din mica suită a exilatului şi care nu făcuse altceva decît să execute ordinul de a-l ucide pe Napoleon, dispoziţie primită de la Curtea din Paris.

Problema nu este închisă şi misterul morţii lui Napoleon rămîne să fie dezlegat de oamenii de ştiinţă pasionaţi de istorie.

PAUL ŞTEFĂNESCU

reversul medaliei sau două verigi ale medicamentului

Din cele mai îndepărtate timpuri, oamenii dornici de a-şi recăpăta cît mai repede sănătatea apelau la tot felul de leacuri, dar, uneori, în loc ca starea sănătăţii să se amelioreze, aceasta mai rău se agrava. Această tradiţie s-a moştenit, astfel că unii îşi fac adevărate stocuri de medicamente în casele lor.

Legislaţia sanitară în vigoare prevede — ca o măsură justă —, eliberarea medicamentelor pe bază de reţete şi reducerea numărului acelor medicamente care pot fi eliberate de unităţile farmaceutice fără reţete.

Actualele condiţii de dezvoltare a ştiinţei medicale şi creşterea numărului de medicamente — aşa-numite moderne — fac pe unii oameni să creadă că, la adăpostul medicamentului înghiţit, îşi pot permite orice abuz, că pot neglija sau suprasolicita organismul lor, că l-ar putea condiţiona după propria lor dorinţă. Pentru aceştia, medicamentul a devenit un „idol", iar ei, „mîncătorii de pilule", au tendinţa de a le folosi, chiar dacă nu le sînt utile, numai pentru că acel medicament este la modă.

Unele persoane bolnave sau pseudobolnave consideră că vindecarea lor depinde de doza mare de pilule înghiţite şi nicidecum de respectarea indicaţiilor ştiinţifice, adică de sfatul medicului şi de aplicarea complexului de măsuri igienodietetice corespunzătoare stării de boală. Există persoane care, vrînd ca să evite unele discuţii şi conflicte ce le-ar crea o stare de tensiune nervoasă, apelează la tableta calmantă, liniştitoare.

Acelaşi lucru putem spune şi despre cei „ambiţioşi", care consideră că şi-ar putea asigura un spor, o eficacitate în muncă sau în sport, pe baza stimulentelor medicamentoase. Pe de altă parte, dorinţa de slăbire determină pe unii să insiste în a obţine medicamentele respective, fără indicaţii medicale, fără a respecta o conduită ştiinţifică, stabilită numai de specialist, pe baza unui examen complex. Este cazul mult apreciatului Silutin, folosit în scopul de a îndepărta pofta de mîncare. Dar el poate da senzaţii de uscăciune a gurii, sete, constipaţie, iar în unele cazuri speciale — cum ar fi perioada de alăptare — este chiar contraindicat. Motivînd de cele mai multe ori lipsa de timp, se evită adeseori consultaţia medicului. În secolul vitezei, oamenii doresc să se trateze „din mers", iar în actualul stadiu de dezvoltare a ştiinţei, cînd s-au creat numeroase medicamente, se consideră mai comodă înghiţirea unei tablete cu care se rezolvă, doar pentru un moment, o problemă sau alta de sănătate.

Un alt aspect la fel de dăunător sănătăţii este şi acela pornit dintr-un spirit de imitaţie. Oricînd se găsesc „binevoitori"

care au obiceiul de a sfătui sau chiar de a da altora din medicamentul care, eventual, le-a făcut lor bine. Dar sfatul cel mai bun în astfel de cazuri este acela de a îndruma prietenul sau vecinul să meargă la medic. Organismul uman este pe cît de complex, pe atît de delicat încît folosirea unui medicament din proprie inițiativă, doar pe baza citirii unui prospect sau a sfaturilor date de prieteni, nu numai că e nerecomandabilă, dar poate să pricinuiască serioase neplăceri, deoarece există nu numai boală, ci și bolnavi. Chiar dacă boala este comună, în practica curentă medicul recurge la individualizarea tratamentului, ținînd seama de particularitățile fiecărui bolnav, de reactivitatea fiecărui organism, de celelalte boli asociate.

Astăzi, se pune tot mai mult accentul pe informarea și culturalizarea maselor, pe probleme de educație sanitară, menite să contribuie la însușirea — de către publicul larg — a unor cunoștințe medicale necesare pentru apărarea propriei sănătăți.

Dar documentarea nu trebuie să ducă neapărat la „autodiagnosticare" și, respectiv, la „automedicație". Un medic și publicist francez spunea cîndva că «bolnavul nu ar trebui să știe nimic despre medicamentul care i s-a prescris, pentru simplul motiv că acest „nimic" este mai puțin nociv decît o informare superficială».

Autodiagnosticarea, prin propria interpretare a unor analize, administrarea medicamentelor folosind prospectul, ca și autoaprecierea întreruperii unui tratament fără avizul medicului sînt deopotrivă de periculoase pentru sănătatea omului.

Dealtfel, marele scriitor francez Molière arăta în cunoscuta sa comedie „Bolnavul închipuit" că unii bolnavi se pierd nu atît datorită bolii, ci din cauză că se tratează singuri, făcînd exces de „leacuri". Numai indicațiile corect aplicate pot evita consecințele, uneori destul de grave, ale medicației fără control.

Tratamentul medical nu poate fi condus după bunul plac. Este bine să se știe că medicamentele folosite la întîmplare pot să disimuleze evoluția bolii, derutînd pe medic în precizarea unui diagnostic corect și deci în aplicarea unei terapii adecvate.

Există însă unele situații cînd, folosind medicamentele recomandate și în dozele indicate, să aibă loc reacții adverse, la aceeași doză de medicament existînd o mare varietate de răspunsuri ale organismului. Fiecare persoană are o reactivitate proprie față de diferite substanțe, iar intensitatea reacțiilor adverse este diferită de la un organism la altul, accentuîndu-se cu creșterea dozelor și cu prelungirea administrării. Astfel, consumul de antinevralgice, care a crescut mult în ultimul timp, datorită atît componentelor sale, cît și administrării prelungite, poate să ducă la cianoză, slăbiciune, grețuri, dispnee, insomnii, tulburări digestive etc., efecte generate de fenacetina pe care o conțin. Dar antinevralgicul mai conține și cofeină și aspirină, ceea ce ne conduce la concluzia că acest medicament „banal", luat de multe ori în cantități destul de mari, nu e chiar atît de „banal".

Un alt medicament folosit pe scară largă este aspirina, care, dacă este ingerată timp îndelungat, poate provoca iritații și chiar hemoragii gastrice. De aceea, va trebui să se administreze cu prudență de către persoanele care prezintă boală ulceroasă, insuficiență hepatică sau renală.

Piramidonul — în general bine suportat — uneori însă provoacă erupții cutanate și excepțional leucopenie și agranulocitoză, boală a sîngelui, caracterizată prin scăderea, pînă la dispariție, a numărului lecocitelor polinucleare sau granulocitelor ; totodată este contraindicat persoanelor de vîrstă înaintată.

Purgativele și laxativele considerate, de asemenea, medicamente banale, pot duce uneori la urmări destul de periculoase, mai ales atunci cînd bolnavul prezintă vărsături, dureri abdominale sau temperatură. În realitate, în aceste situații poate fi vorba de o apendicită acută, peritonită sau ocluzie intestinală, afecțiuni în care un Cortelax sau laxativ este contraindicat, ambele avînd reacții adverse după administrări prelungite. În afară de faptul că pot provoca amețeli, colici abdominale și vărsături, ele pot duce, totodată, la obișnuință.

Referindu-ne la antibiotice, medicamente care au ajuns la modă după cel de-al II-lea război mondial, și care constituie o armă salvatoare de vieți atunci cînd sînt mînuite de medic cu competență, au ajuns să fie folosite uneori fără discernămînt ; un simplu guturai, puțină febră sau o indispoziție generală și se recurge de îndată la administrarea de penicilină sau alt antibiotic.

Sînt situații cînd, la un moment dat, constatăm că medicamentul pe care l-am suportat foarte bine, după un anumit timp nu ne mai produce un efect tot atît de prompt. Tentația este de a mări doza, fără a ține seama că aceasta poate deter-

mina o obișnuință treptată cu medicamentul respectiv, instalîndu-se o adevărată dependență medicamentoasă. În astfel de condiții, organismul se va intoxica pe nesimțite, funcțiile sale se vor tulbura tot mai mult. De aceea, este important de știut că, peste o anumită limită, orice medicament devine un toxic, cu efecte vătămătoare fie asupra unui singur organ, fie chiar asupra întregului organism.

Alteori, există tendința de a lua, în același timp, mai multe medicamente, asociindu-le. Or, trebuie știut că asocierea a două sau mai multe medicamente poate determina situații antagonice, un medicament putînd să scadă acțiunea celuilalt, exercitînd în final un efect complet contrariu cazului respectiv.

Folosirea neștiințifică a medicamentelor poate avea însă și importante implicații sociale. Așa, de exemplu, în timpul sarcinii, femeia gravidă poate avea nevoie de unele medicamente, atît pentru a-și trata o boală de care suferea mai înainte, pentru a putea continua graviditatea, pentru a rezolva tulburările ocazionate de sarcină, cît și pentru a asigura creșterea și dezvoltarea copilului. Cauzele care determină femeia gravidă să ia medicamente pot fi multiple, dar recomandarea lor trebuie să fie făcută neapărat de medicul specialist, fiind cu totul contraindicată utilizarea medicamentelor din proprie inițiativă. Cercetările științifice arată că în primele săptămîni de viață, bariera digestivă a copilului este imperfectă, mecanismele însărcinate să transforme medicamentele și să le elimine (în speță în ficat) sînt încă nemature, iar posibilitățile de excreție renală sînt limitate. Copilul este expus astfel la o resorbție digestivă anormală și la o reținere prelungită a unui medicament ce a fost absorbit de mamă.

Organismul femeii însărcinate suportă mai greu unele medicamente, pe care anterior le tolera perfect. Medicamentele trecute prin sîngele viitoarei mame în embrion (la făt) pot avea urmări dintre cele mai serioase asupra acestuia fie imediat, fie mai tîrziu.

În perioada alăptării, mama trebuie să știe că există multe medicamente și substanțe chimice care se excretă în laptele de mamă. Așa este cazul unui simplu laxativ, care ingerat de mamă produce sugarului scaune moi.

De asemenea, atragem atenția în mod deosebit că administrarea medicamentelor la copii nu trebuie făcută decît cu avizul medicului. Copiii sînt foarte expuși intoxicațiilor medicamentoase, prezentînd forme mult mai grave decît adulții. Și dacă se întîmplă ca rezultatele la învățătură ale copilului nostru să nu fie prea strălucite, să uite cu ușurință cele învățate, părinții recurg adesea la administrarea mult solicitatului Glutarom. Deși este indicat în unele cazuri de surmenaj intelectual, de slăbire a memoriei etc., în același timp este contraindicat în insuficiența suprarenală acută și cronică sau, dacă este luat în doze mari, poate provoca greață, vărsături, diaree.

Serioase probleme de sănătate publică ridică, mai ales în Occident, administrarea de droguri, care pot duce la dependență, în special la tineri. Acest fapt a constituit dealtfel obiectul dezbaterilor Organizației Mondiale a Sănătății, mai ales în ultimul deceniu, cînd această racilă socială a luat o mare amploare.

Trebuie știut că simpla medicație tranchilizantă deprimă treptat performanțele fizice și intelectuale. Încercarea de a suprima starea de ușoară tensiune poate avea drept consecință scăderea interesului pentru lucru, indiferență și, respectiv, diminuarea randamentului intelectual, contrar opiniilor inițiale că aceasta nu ar scădea performanțele. Din categoria tranchilizantelor, menționăm Meprobamatul, medicament mult solicitat în farmacii fără prescripție medicală ; sedativ și ușor analgetic, uneori poate provoca însă greață, vărsături, diaree, fenomene alergice, iar după doze mari, pot apărea tulburări deosebit de grave, somnolență, letargie și chiar comă. Deosebit de importante sînt contraindicațiile sale pentru aceia care, în exercitarea profesiei lor, au nevoie de o perfectă coordonare neuromotorie (conducători auto, lucrători la mașini complexe, panouri de comandă etc.).

Referindu-ne la conducătorii auto, este necesar să menționăm că folosirea fără discernămînt a medicamentelor ridică o serie de probleme atît pentru conducătorul auto, cît și pentru întreaga societate. Sînt numeroase medicamente care pot avea influențe nefavorabile asupra capacității optime de conducere auto sau a altor mijloace rutiere, periclitînd sănătatea și chiar viața conducătorului sau a semenilor săi. Medicamente ca antinevralgicele, tranchilizantele (medicamente liniștitoare), determină de obicei și o reducere a promptitudinii reflexelor, o scădere a atenției, a capacității de a reacționa prompt și rapid.

Conducătorii auto care folosesc somnifere trebuie să știe că acestea, deși luate

seara, pot să-şi continue efectul, dînd o stare de somnolenţă şi a doua zi, ceea ce va determina o diminuare a atenţiei la volan.

O problemă la fel de importantă în ceea ce priveşte utilizarea neraţională a medicamentelor o ridică persoanele vîrstnice. La organismul bătrîn apar o serie întreagă de modificări, care determină întîrzieri atît în absorbţia, cît şi în eliminarea rapidă din organism a medicamentelor. Or, această încetinire a eliminării de toxine din organism poate duce la acumularea medicamentului, în dauna sănătăţii organismului bătrîn. De aceea, doza zilnică a medicamentului luat de persoane în vîrstă impune o diminuare cu 25% faţă de aceea a adultului.

Somniferele şi calmantele puternice, mult solicitate la această vîrstă, pot provoca ameţeli, pierderi de echilibru, avînd ca urmare căderi, fracturări etc.

Problema abuzului de medicamente, a consumului său neraţional este desigur mult mai complexă. Cercetările oamenilor de ştiinţă au demonstrat că cei care duc o viaţă raţională, igienică, care beneficiază din plin de factorii naturali — aer, apă, soare — nu sînt mari consumatori de medicamente.

Desigur, sînt afecţiuni la care medicamentele sînt utile şi indispensabile redării sănătăţii, dar ele trebuie folosite cu indicaţii precise şi competente ; fiecare aspect pozitiv al medicamentului îşi are şi reversul său. De aceea, cele două verigi ale medicamentului trebuie să fie bine cunoscute, pentru a nu ne periclita sănătatea.

FARM. L. ZISU

rugină

Era pe vremuri sănătos ca tunul,
nici tuse, nici migrenă, nici strănut.
Injecţii nu prea ştiu să fi făcut.
Cît despre hapuri, nu-nghiţea nici unul.

Dar iată că treptat s-a dat bătut :
întîi şi-ntîi a început tutunul
să-i facă, lent, plămînii ca ceaunul,
apoi cîte-un coniac, cîte-un vermut...

Acum, îl văd aproape ruginit,
cum scîrţîie mereu şi cum se-nclină,
dar el, inconştient şi fericit,

nepăsător faţă de-acest flagel,
e ferm convins că totuşi, sub rugină,
mai are-o sănătate de oţel...

ANDREI CIURUNGA

un caz bizar

Zicea că-l doare straşnic un femur,
zicea, convins, că-l ustură vezica,
zicea că-i află inimii cusur
şi-aşa l-a prins, pe negîndite, frica.

Dar noi cunoaştem falsele manii :
femurul ? Precum calcă, nici n-ai crede.
Vezica ? Mai degrabă calomnii,
iar inima-i poftеşte tot ce vede.

— Nici nu mă duc, zicea, la dispensar,
sînt prea bolnav, nu-i vorba de-o chinină.
Ajută-mă, prietene, că doar
spuneai că te pricepi la medicină.

Nepriceputul vraci, expeditiv,
i-a scris pe loc un fel de mîzgăleală,
pe care bietul pacient naiv
a respectat-o, obsedat de boală.

Reţeta însă, după cum constat,
n-a reuşit să-i nimerească leacul.
Acum se plînge-ntruna de ficat
şi realmente-l supără stomacul.

Aşa se-ntîmplă-n cîte-un caz pripit
(căci Molière e meşter la nevoie)
atunci cînd un bolnav închipuit
consultă cîte-un doctor fără voie...

ANDREI CIURUNGA

fibromul uterin

DR. N. CRIȘAN
Clinica de obstetrică-ginecologie
Spitalul „23 August"

Fibromul uterin este frecvent întîlnit în patologia ginecologică. După 35 de ani, o femeie din cinci este purtătoarea unuia sau mai multor fibroame, tumori de natură benignă (necanceroasă), adesea fără nici o manifestare, motiv pentru care nu sînt depistate decît cu ocazia unui examen ginecologic. Principalul simptom al fibroamelor este sîngerarea. Între 40 și 50 de ani însă, odată cu apropierea femeii de menopauză, tulburările ciclului menstrual — ca durată și abundență — cît și sîngerările survenite între menstruații devin frecvente. În cazul femeilor purtătoare de fibroame, este necesar să se stabilească cauza sîngerării : este ea dată de însăși tumoare, se datorește unor tulburări hormonale legate de vîrstă sau se datorește, cumva, unor cauze absolut întîmplătoare ?

Sînt femei care, în urma unor examene ginecologice, aflînd de existența unui fibrom uterin, acuză dureri în regiunea abdomenului inferior sau șalelor (lombelor), dureri pe care le atribuie cel mai adesea, în mod nejustificat, prezenței acestei tumori. Sînt și cazuri cînd, preocupate de evolutia fibromului și de posibilitatea transformării lui în tumoare canceroasă, solicită în mod insistent operația. Care este deci atitudinea cea mai potrivită : operația, tratamentul medicamentos sau doar supravegherea evoluției în timp a fibromului ? Atitudinea față de fibrom diferă, evident, de la caz la caz. Doar medicul, după examinarea completă a bolnavei, este în măsură să adopte cea mai potrivită atitudine terapeutică. Nu odată, la insistențele femeii obsedată de existența tumorii, se întîmplă să se opereze nejustificat fibroame mici, care nu produc nici o tulburare sau să li se atribuie pe nedrept unele suferințe ale bolnavei. Alteori, femei care au neglijat să se prezinte ani de zile la un examen medical se internează pentru complicații grave, de obicei renale, datorite unor fibroame mari, mult timp ignorate.

Fibroamele pot fi de dimensiuni foarte mici, în care caz sînt descoperite cu totul întîmplător în timpul unor operații chirurgicale, dar pot atinge și greutăți de multe kilograme, fără a deranja în mod deosebit bolnava. Dar nu totdeauna mărimea lor este hotărîtoare în producerea de complicații. Fibroame nu prea mari, datorită situării defavorabile, pot comprima căile uterine, dînd grave tulburări. În cazul comprimării vezicii, femeia prezintă foarte frecvent nevoia de a urina. Mult mai grave sînt însă infecțiile urinare datorate comprimării ureterelor. Cu timpul, se ajunge la scoaterea completă a rinichilor din funcție, existența femeii fiind periclitată.

Fibroamele dezvoltate în interiorul cavității uterului sînt, de regulă, cele care produc sîngerările. Sîngerarea, simptom care alarmează cel mai adesea femeia, se prezintă uneori sub forma unor menstre mult prelungite și foarte abundente. Alteori, sîngerarea este dezordonată, aproape zilnică, mai mult sau mai puțin abundentă, bolnava aflîndu-se în imposibilitatea de a mai putea urmări succesiunea ciclurilor sale menstruale. Prelungirea sîngerării duce inevitabil la anemie, uneori gravă și dificil de corectat. În premenopauză, nu totdeauna sîngerările sînt o consecință a prezenței fibroamelor, ci se datoresc tulburării funcției ovarelor, frecventă la această vîrstă. Inflamațiile mucoasei care căptușește interiorul uterului, cancerele corpului uterin sau ale colului, pot produce și ele, la rîndul lor, sîngerări. Examenul atent al bolnavei, analizele hormonale, examenul colposcopic al colului, biopsia, chiuretajul uterin sînt, de regulă, obligatorii pentru stabilirea cauzei pierderii de sînge. Sîngerările mici nu trebuie neglijate și nici atribuite cu ușurință unor fibroame. Aceste sîngerări sînt produse uneori de cancere

genitale și dacă nu sînt diagnosticate la timp, consecințele sînt din cele mai dezastruoase.

Durerea abdominală joasă determină bolnava să se adreseze fie internistului, fie ginecologului sau chirurgului. Nu o dată, în urma consultării bolnavei, este descoperit și un fibrom uterin, însă rareori i se atribuie lui această suferință. Excepțional, fibroamele se pot inflama sau torsiona (răsuci în jurul pedicululuí lor), devenind dureroase. La fel de rar produc dureri prin comprimarea organelor din jur. Cel mai adesea însă durerile sînt produse de o anexită, care însoțește fibromul. Colita cronică, lombosciatica, cistita determină dureri abdominale, care sînt frecvent atribuite, în mod eronat, unui fibrom descoperit dealtfel întîmplător.

Obsesia cancerului apare ca o preocupare frecventă a femeilor care se prezintă la consultațiile ginecologice. Cancerul genital ocupă, după cum se știe, un loc important în rîndul localizărilor maligne la femeie și de aceea, în scopul diagnosticării lui precoce, se depun mari eforturi, inclusiv o largă activitate educativ-informațională. Întrebarea dacă fibromul uterin se poate canceriza sau nu, formulată nu o dată de către bolnave, apare cu totul justificată. În ciuda largii răspîndiri a fibromului uterin, cancerizarea sa este însă întîlnită cu totul excepțional, la femei tinere sau la menopauză. Mai adesea este întîlnită asocierea fibromului uterin cu cancerul de col sau de corp uterin.

Fibroamele cresc de obicei lent în decursul anilor, cunoscînd o creștere accentuată în sarcină, dar își revin la dimensiunile și starea inițială în lunile următoare nașterii. Urmărirea lor trebuie să se facă cu atenție în perioada de graviditate. Astfel, pot apărea unele complicații legate de prezența fibroamelor în timpul sarcinii, nașterii și chiar în primele zile de lăuzie. Odată cu instalarea menopauzei, creșterea fibroamelor încetează, putînd surveni chiar o ușoară regresiune a lor.

Demn de semnalat este faptul că în prezent nu dispunem de nici un medicament capabil să facă să dispară sau cel puțin să diminueze fibroamele odată apărute. Rezultă deci că singurul tratament rămîne cel chirurgical. Se vor opera fibroamele mari sau cele care comprimă organele din jur și mai ales căile urinare ; de asemenea, cele care provoacă sîngerări de lungă durată, ce nu pot fi stăpînite prin tratament medicamentos corect aplicat și care anemiază bolnava.

În tratamentul chirurgical al fibromului, tendința actuală este de a conserva cît mai mult posibil organele genitale ale femeii. Pentru a nu suprima ciclul menstrual, care ar putea duce la tulburări premature, și pentru a nu lipsi femeia de posibilitatea de a naște pînă în jurul vîrstei de 40—45 de ani, operația se limitează la îndepărtarea doar a fibroamelor, lucru adesea posibil.

Tratamentul chirurgical, în cazul fibroamelor mici, care nu sîngerează și nu produc complicații, nu este necesar, ci chiar dăunător uneori, creînd o infirmitate gratuită femeii. Pentru a preveni toate neajunsurile menționate, se recomandă ca după o anumită vîrstă, toate femeile să se prezinte la controale periodice anuale sau bianuale, cu care ocazie se poate constata starea de sănătate a organelor genitale. Poate fi depistată, în timp util, creșterea rapidă a fibroamelor sau apariția unor complicații. Se va practica, în același timp, și controlul oncologic, absolut obligatoriu.

rondeluri hipocratice

Rondelul unui maniac

În urbe vestea i s-a dus
Că este mare maniac
Și nici un hap nu-i e pe plac,
Din cîte-n lume s-au produs.

De toate zice că-s „spanac"
C-ar fi ceva... și totuși nu-s !
Și-n urbe vestea i s-a dus
Că este mare maniac.

Discuției punînd capac,
Recent, un doctor clar i-a spus :
Medicamentelor în plus,
Urgent să le găsească-un... leac.

În urbe vestea i s-a dus...

TRAIAN GĂRDUȘ

naşterea fără dureri

DR. ALEXANDRU DOBRE
Spitalul clinic
de ginecologie-obstetrică „Giuleşti"

În funcţie de dezvoltarea social-culturală, de nivelul de civilizaţie a fiecărei societăţi, modul în care a fost privit actul naşterii a evoluat diferit de-a lungul vremurilor.

Concepţia noastră actuală integrează durerile naşterii într-o lege a speciei, avînd rol de semnal fiziologic : prima contracţie uterină dureroasă înseamnă debutul naşterii, iar repetarea lor înseamnă progresiunea acesteia.

Dintotdeauna oamenii au considerat fenomenul naşterii ca un fenomen dureros, penibil, chiar periculos, dar în toate epocile maternitatea a fost valorificată, dînd femeii acces la prestigiu social.

Culturile primitive impuneau izolarea femeii care năştea, aceasta fiind înconjurată de mistere ; femeia mergea singură în pădure sau la marginea satului. La popoarele mai evoluate, viitoarea mamă se retrăgea într-un loc special amenajat, acompaniată de două sau trei rude, de asemenea femei şi ele

În Egiptul antic existau case speciale, rezervate pentru femeia care năştea, izolată de restul familiei.

La Roma, în familiile bogate, era rezervată o cameră specială, soţul oferind soţiei cheia în momentul cînd apăreau durerile de naştere. Soranus, denumit şi Soranos din Ephes, care a trăit la Roma în timpul împăratului Traian, recomanda în tratatul său despre bolile femeilor, un scaun cu braţe pentru susţinerea genunchilor femeii, naşterea avînd loc între femei, una dintre ele fiind special desemnată pentru a primi copilul.

Socrate, fiu de moaşă, recomanda ca naşterea să fie asistată de moaşe, femei în vîrstă, cu experienţă, care cunosc durerile şi evoluţia naşterii.

Mai tîrziu, în toate ţările europene, femeia năştea acasă, niciodată pe patul său obişnuit, uneori pe scaune înalte, prevăzute cu braţe speciale.

În plină epocă medievală, cînd biserica considera durerile naşterii ca un blestem divin, ca o pedeapsă a lui Dumnezeu, apare prima carte (1513) în limba latină, scrisă de Rosslin, intitulată : „Sfaturi pentru femeile însărcinate şi pentru moaşe". Curînd se construieşte un pat special, patul de travaliu, drept, dur, putînd asigura o poziţie semişezîndă.

În 1699, comunitatea moaşelor este asimilată comunităţii chirurgicale, moment ce coincide cu faptul că medicul apare cu adevărat în obstetrică, afirmîndu-se prin ceea ce putea şi ceea ce ştia. Dealtfel, Mauriceau confirma încă din anul 1675 rolul medicului ca reparator al accidentului obstetrical.

În această epocă, spitalul constituia locul de naştere al femeilor nevoiaşe. Abia din a doua jumătate a secolului al XVIII-lea se generalizează naşterea în spital şi apar primele clinici specializate, care conferă încredere, dînd posibilitatea unei intervenţii medicale eficiente.

Lupta contra durerii la naştere este legată de numele lui James Young Simpson, care la 4 noiembrie 1847 a administrat cloroform soţiei sale, pentru atenuarea durerilor de naştere. Şase zile mai tîrziu, a raportat treizeci de naşteri sub cloroform la Societatea medico-chirurgicală din Edinburg. Pentru aceasta a fost acuzat de blasfemie şi erezie. O circulară a clerului către toţi medicii scoţieni preciza că metoda Simpson reprezintă un pericol social.

În aceste împrejurări, decizia reginei Victoria de a i se administra cloroform pentru naşterea celui de al optulea copil, viitorul prinţ Leopold — la 7 aprilie 1853 — a acreditat dreptul la naştere fără

dureri. Medicul care a administrat această anestezie, cunoscută sub numele de picături „à la rèine", a fost şi primul medic care s-a consacrat anesteziei — John Snow.

Au trecut de atunci peste 125 de ani. Cu toate acestea, în lumea civilizată şi foarte civilizată, literatura, cinematografia, televiziunea, teatrul, totul concură la acreditarea mitului „naştere-dramă". Totdeauna, descrierea unei naşteri sau punerea ei în scenă realizează, de fapt, o tragedie. Vedem mereu faţa unei femei cu trăsăturile crispate de durere, cu pielea acoperită de broboane mari de sudoare, ţipînd sau înăbuşindu-şi supraomeneşte strigătele, cu pumnii încleştaţi, albiţi de strînsoare, corpul contorsionîndu-se pradă unei dureri îngrozitoare.

La prima ei naştere, femeia ajunge în spital puternic influenţată de o tradiţie orală — transmisă de la mamă la fiică — sau de amintirile proprii, formîndu-se astfel un adevărat bagaj ancestral.

Femeia de astăzi trebuie să ştie că o mamă bine pregătită va avea o naştere naturală, că medicina dispune de posibilitatea de dominare sau chiar suprimare a durerii şi că starea de agitaţie, strigătele, ţipetele pot duce nu numai la agravarea suferinţei ei, dar şi a copilului.

Obstetrica modernă dă suferinţei femeii un sens, o semnificaţie, o finalitate ; o face să înţeleagă că obstetricianul este acela care cunoaşte toate semnele şi semnificaţiile actului naşterii, redîndu-i încrederea şi optimismul.

În condiţiile vieţii moderne, problema principală nu o constituie riscul fizic legat de naştere, care a fost considerabil redus, ci implicaţiile emoţionale care dau un caracter cu totul particular durerii la naştere.

Prin dezvoltarea anesteziologiei şi graţie apariţiei de noi şi noi substanţe şi tehnici de analgezie, s-a făcut un important pas înainte. Specialiştii anesteziologi au ieşit şi în afara sălilor de operaţie, în serviciile de obstetrică, în maternităţi, contribuind la diminuarea sau chiar la dispariţia completă a suferinţelor femeii care naşte.

Atitudinea tradiţională faţă de naştere s-a schimbat radical în ultimii ani. A apărut şi se concretizează tot mai mult noţiunea de „naştere dirijată". Astfel, fiecare femeie este asigurată că va naşte după cîteva ore de la sosirea ei în spital şi că nu se va simţi nici o clipă abandonată. Dar pentru a decurge în cele mai bune condiţii, naşterea impune : o pregătire înainte de naştere, tratamente individualizate pentru compensarea unor deficite apărute în timpul sarcinii, scurtarea duratei naşterii şi combaterea durerii.

Fetele tinere şi femeile trebuie să beneficieze de o educaţie prenatală, care să înceapă chiar în familie. Scopul principal îl constituie înlăturarea fricii faţă de actul naşterii şi crearea unui climat de încredere în forţele proprii şi în eficacitatea metodelor medicale actuale.

Din momentul internării în spital, fiecare femeie gravidă este luată în supraveghere de către un cadru mediu sanitar, cu care stabileşte într-un timp foarte scurt, relaţii de înţelegere şi încredere. În sala de naştere, la orice oră din zi sau din noapte, este de gardă un medic specialist.

În lupta împotriva durerii există variate posibilităţi, cum ar fi : medicamente antispastice, sedative, antialgice, substanţe inhalatorii, precum şi unele metode folosite de către specialiştii în anestezie, şi anume: acupunctura, electroanalgezia, dar, mai ales, anestezia peridurală.

În ţara noastră acupunctura şi electroanalgezia se aplică de un număr restrîns de medici, specialişti de la maternităţile Polizu, Cantacuzino şi Giuleşti.

În ceea ce priveşte anestezia peridurală, aceasta se poate realiza printr-o singură injecţie sau prin instalarea unui cateter de plastic în spaţiul peridural, avînd astfel posibilitatea de a se reinjecta, la dorinţă, substanţa anestezică. În acest mod se poate combate durerea, pe toată durata naşterii. Un alt avantaj al acestei metode este şi acela că mama rămîne conştientă tot timpul travaliului, putînd să-şi vadă şi să-şi audă copilul. Această metodă a intrat în obişnuinţa unor maternităţi din capitală, ca şi din ţară.

Există centre medicale din străinătate unde frecvenţa aplicării anesteziei peridurale a ajuns la 80% din totalul naşterilor. Acest fapt demonstrează lipsa de pericol a acestei tehnici, care nu influenţează negativ mersul naşterii şi nici starea mamei sau a copilului. Pe măsura formării de noi specialişti, tot mai multe servicii de obstetrică vor putea asigura femeilor care nasc condiţii de confort, de siguranţă că marea bucurie a vieţii lor se poate obţine fără dureri şi fără chinuri.

odă BERZEI

Pasăre măiastră-n cioc,
Care pleci cînd iarna vine,
Stai şi tu o dată-n loc
Şi ascultă-mă pe mine :

Lasă-te de calendar
Sau mai ştiu ce paradoxuri,
Vestitor zis legendar
Celor două echinoxuri.

Nu te du-n străinătăţi,
Că-i pericol de angoasă !
Vino la maternităţi
Unde-i muncă serioasă!

Cu mîncare-am să te-mbuib,
Şi de ai vederea slabă,
Mă oblig să-ţi fac şi cuib,
Numai să te ţii de treabă !

Aranjez şi la TAROM,
Să te introducă-n schemă,
La flotila „Pui-de-om",
Unde eşti cea mai în temă.

Dar să-ţi faci zbor întărit,
Ciocul să ţi-l ştiu de cremeni,
Că producţia a sporit
Mai ales la sortul... gemeni !

D. C. Mazilu

PROLAPSUL GENITAL

Prolapsul genital constă în căderea pereţilor vaginali, urmată de alungirea colului uterin şi apoi de coborîrea corpului uterin, acesta putînd ajunge cu timpul să se exteriorizeze complet.

Cel mai adesea este o consecinţă mai mult sau mai puţin îndepărtată a rupturilor de perineu produse în timpul naşterilor. Printre multiplele transformări ale organismului femeii determinate de sarcină, se produce şi o creştere a elasticităţii şi o îngroşare a pereţilor vaginului. Perineul, care închide cavitatea abdominală în porţiunea inferioară, devine şi el mult mai suplu, pentru a permite trecerea copilului în cursul naşterii. Mărimea mai deosebită a copilului, naşterea foarte rapidă, extragerea cu ajutorul forcepsului, destind excesiv vaginul şi perineul, producînd rupturi ale ţesuturilor. Adesea ruptura afectează doar muşchii acestei regiuni, pielea nefiind interesată. Absenţa la naştere a unor rupturi vizibile ale perineului nu scuteşte femeia de o serie de neplăceri, apariţia în timp a prolapsului fiind cu totul posibilă.

Evoluţia omului pe scara animală, prin trecerea la staţiunea bipedă (verticală), a făcut ca abdomenul inferior şi perineul să suporte sarcini suplimentare importante. În efort fizic, accese de tuse, efort depus în timpul scaunului la persoanele constipate, presiunea în interiorul cavităţii abdominale creşte mult. Slăbirea în anumite puncte a peretelui abdominal are drept consecinţă apariţia de hernii. Prolapsul apare totdeauna la femeile care prezintă rupturi vechi de perineu după naşteri, asociate şi cu alte vicii de fixare sau de poziţie a uterului (retroversie), cît şi la cele care au o constituţie particulară, caracterizată printr-o rezistenţă mai mică a ţesuturilor la efort. Dispariţia secreţiei hormonale a ovarelor la menopauză intervine decisiv în agravarea prolapsului. În rupturile vechi de perineu, vulva (prin care vaginul se

deschide la nivelul regiunii perineale) rămîne permanent întredeschisă. Pereții vaginului coboară treptat și, odată cu ei, vezica și rectul, la început însă numai în timpul eforturilor fizice mari. Treptat, se alungește colul uterin ; acesta ajunge la nivelul orificiului vulvar, cînd femeia sesizează atît prezența lui, cît și a pereților vaginali prolabați. Înaintarea în vîrstă, aducînd cu sine îmbătrînirea inevitabilă a țesuturilor, accentuează prolapsul. Uterul se exteriorizează (cade în afara vaginului) cu fiecare efort mai important, reluîndu-și poziția obișnuită doar în repaus și adesea numai prin intervenția bolnavei. Cu timpul, reducerea uterului (reintroducerea în vagin) devine tot mai dificilă. Uterul rămîne permanent prolabat în exterior, iar contactul cu lenjeria produce răni supărătoare și greu de tratat. Este aspectul prolapsului total, întîlnit din ce în ce mai rar azi, datorită progreselor realizate în obstetrică și ginecologie, precum și educației sanitare efectuată în rîndul maselor.

Formele întîlnite în mod curent la femeile tinere sau la cele în preajma menopauzei nu sînt din cele mai avansate. Aceasta nu înseamnă că nu produc tulburări și nu se pot agrava cu timpul. Femeile purtătoare ale unor rupturi vechi de perineu și prolapsuri de grade variabile se plîng adesea de tulburări urinare. La eforturi, chiar mici, de tuse, strănut, rîs, ridicarea unor greutăți, urcarea scărilor, acestea prezintă pierderi involuntare de urină, importante nu atît prin cantitatea lor, cît prin repetarea frecventă, deosebit de jenantă. Este o noțiune răspîndită în masa largă a femeilor, că pierderile involuntare de urină se datoresc rupturilor de perineu și prolapsurilor. Acest lucru nu corespunde întru totul cu realitatea. Incontinența urinară de efort nu e produsă de prolapsul însuși, dar apare la rîndul ei ca o consecință în timp a leziunilor locale produse la nașteri și este tratată concomitent cu prolapsul genital.

Tulburările urinare produse de către cistitele cronice, unele boli vezicale de cauză nervoasă, polipii orificiului uretral, pot crea adesea confuzii, fiind atribuite tot prolapsului și rupturii de perineu. Doar medicul, printr-o examinare atentă și o serie de probe de laborator, poate să stabilească adevărata cauză a suferinței urinare și să aplice tratamentul adecvat.

Alteori, prolapsul se manifestă și mai puțin zgomotos. Femeia poate prezenta doar o ușoară jenă locală. Beanța permanentă a vulvei și căderea pereților vaginali favorizează însă infecții vaginale, sub forma unor scurgeri mai mult sau mai puțin abundente. Tratamentul medicamentos aplicat în aceste infecții (colpite) este adesea lipsit de efect, exasperînd bolnava. Această suferință, aparent minoră, dar deosebit de neplăcută, poate fi rezolvată doar prin tratament chirurgical, care va restabili situația anatomică locală normală.

Unele femei care prezintă rupturi vechi de perineu și prolapsuri genitale se plîng de disconfort sexual, insatisfacție, dureri în timpul contactului (dispareunie). Nu odată acestea duc la repercusiuni asupra armoniei conjugale, fapt care nu este lipsit de importanță.

Odată apărut și diagnosticat, prolapsul genital nu trebuie să fie neglijat. Pudoarea prost înțeleasă — această racilă cultivată pînă nu demult, mînă în mînă cu conceptul de inferioritate al femeii și cu menținerea sa în ignoranță — precum și neglijența și amînarea tratamentului chirurgical, duc la agravarea progresivă a bolii. Tabloul final al prolapsului total la o femeie în vîrstă este cel prezentat, iar o intervenție chirurgicală va fi suportată, desigur, cu multă dificultate, femeia putînd fi expusă la o serie de complicații postoperatorii cardiace, respiratorii sau venoase.

În prevenirea prolapsului, obstetrica modernă a făcut pași deosebiți, prin introducerea episiotomiei (secționarea perineului) în timpul nașterii copilului, urmată de sutura chirurgicală, menită să restaureze țesuturile în starea lor dinaintea nașterii. Se menține astfel integritatea musculaturii perineale, este prevenită constituirea rupturii de perineu și apariția prolapsului.

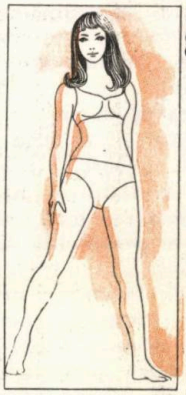
Tratamentul prolapsului este chirurgical. Doar dacă starea organismului femeii nu permite efectuarea operației, se recurge la aplicarea unor inele speciale (pesare), cu rol de susținere a uterului.

Tipurile de intervenții chirurgicale utilizate în corectarea prolapsului sînt în funcție de : vîrsta femeii, probabilitatea unor viitoare nașteri, asigurarea condițiilor unor raporturi sexuale normale și necesitatea corectării pierderilor involuntare de urină, dacă acestea sînt prezente.

Operația prolapsului nu prezintă o urgență. Amînarea la nesfîrșit a intervenției chirurgicale, inevitabilă însă în ultimă instanță, nu este de recomandat. Agravarea bolii face ca operația să fie cu timpul tot mai complicată, iar înaintarea în vîrstă face ca ea să fie tot mai greu de suportat de către organismul bolnavei.

Dr. **N. CRIȘAN**

Clinica de obstetrică-ginecologie
Spitalul „23 August"



ginecologia la fetițe și adolescente

Societatea
are tipul de adolescent
pe care-l merită
(AJURIAGUERRA)

Sănătatea fizică și cea psihică a femeii în societate depind de prestațiile de sănătate care s-au acordat în perioadele de copilărie și de adolescență. Integrarea femeii în societate ca soție, mamă și ca participantă activă la toate procesele de muncă și de creație, depinde de felul cum fetița și adolescenta au fost ocrotite în perioada de creștere. Familia și societatea — prin instituțiile ei — își împart în mod egal răspunderea acestei ocrotiri.

De aceea, în cadrul problemelor pe care le ridică ginecologia pediatrică, este necesar să fie lămurite mai întîi o serie tulburări, de a căror rezolvare depinde sănătatea femeii.

Tulburările vulvovaginale

Din această categorie de afecțiuni, vulvovaginitele se datoresc unor infecții ale vulvei și ale vaginului, provocate de diferite cauze. Acestea sînt semnalate adesea de către mamă, la un simplu examen al lenjeriei copilului, care se pătează de o scurgere sau, chiar de către copil, acesta plîngîndu-se de senzație de arsură, de mîncărime vulvară, dureri la urinat.

Ca regulă generală, atunci cînd fetița își duce continuu mîinile la organele genitale, scărpinîndu-se, trebuie să suspectăm existența unei infecții.

Infecțiile organelor genitale cu praf sau materiale infectate se evită prin spălarea îngrijită a organelor genitale externe, zilnic, cu un burete moale și săpun neiritant. Totdeauna, mișcările de spălare vor fi de la vulvă spre orificiul anal și niciodată invers. Toate aceste îngrijiri ale fetiței cad, obligatoriu, în sarcina mamei.

La unele fetițe, clitorisul este mascat de un prepuț anormal aderent. În aceste cazuri, igiena locală este recunoscută ca unic tratament.

Fuziunea labiilor mici pe linia mediană este în general consecutivă unei infecții (vulvită sau vulvovaginită). Tratamentul constă în aplicări de cremă pe bază de estrogeni, iar în cazul eșecului se va proceda la o separare manuală sau instrumentală, efectuată de medic, sub anestezie generală.

În fața oricărei scurgeri vaginale rebele, adesea colorată cu sînge, poate fi vorba de un corp străin intravaginal. Extragerea acestuia duce la rezolvarea situației.

Traumatismele vulvovaginale pot fi consecința fie a unei contuzii simple, fie a unor plăgi produse cu instrumente ascuțite sau consecința unei tentative de viol.

Tumorile genitale

La fetiță și adolescentă, ca și în cazul femeii adulte, tumorile genitale impun un diagnostic precoce, care poate ameliora un prognostic sumbru. Dintre tumorile

maligne, sarcomul botrioid reprezintă tumoarea cea mai frecventă a tractului urogenital al copilului. La fetiță, primul semn îl constituie hemoragia vaginală spontană, în cantitate mică, pentru ca apoi, la cîteva luni să apară tulburările la urinat. Se întîlnește cel mai frecvent la fetițele sub vîrsta de 2 ani și se localizează la nivelul clitorisului. Apare sub aspect vezicular, „în ciorchine de strugure", sîngerînd. Foarte repede tumoarea proliferează și invadează vaginul, putînd să rămînă în cavitatea vaginală și în final să ulcereze sau să iasă în afară la vulvă. Poate fi însoțită de mărirea de volum a ganglionilor inghinali. Prognosticul este foarte grav, iar tratamentul care se aplică este cel chirurgical, urmat de radioterapie externă și citostatice.

Tumorile benigne sînt mai rare decît cele maligne. Astfel, condilomul acuminat al vulvei, cunoscut și sub numele de „vegetații veneriene", apare sub formă de excrescențe mici („creastă de cocoș"), putînd fi însoțite de mîncărime și scurgere vaginală. Tumorile și chisturile de ovar la copil sînt foarte rare; existența lor se exprimă prin durere abdominală la fetițe, precum și prin pubertate precoce. Cu excepția chisturilor funcționale, chisturile și tumorile ovarelor beneficiază de un tratament chirurgical.

Stările intersexuale

Sexul genetic (garnitura de cromozomi) constituit din prima fază a formării oului uman normal este xx pentru fetițe și xy pentru băieți.

Programul genetic al oului, pînă la formarea unei ființe umane, presupune un proces complex, de lungă durată, care constă, din punct de vedere al dezvoltării sexuale, în formarea organelor genitale interne, externe și sexualizarea psihoafectivă, adică identificarea individului cu un anumit sex feminin sau masculin. Sexualizarea psihoafectivă este bine stabilită la 18—30 de luni după naștere și este întărită pe tot parcursul vieții. La om, spre deosebire de animalele inferioare, aceasta implică, pe lîngă un „climat hormonal" adecvat, intervenția în special a influențelor sociale și de mediu.

Uneori, există o discordanță între cele 3 elemente enunțate: formarea organelor genitale interne, externe și sexualizarea psihoafectivă. În aceste cazuri, vorbim despre stări intersexuale. Malformațiile organelor genitale externe din cadrul acestor sindroame frapează de la naștere, putînd să apară sub următoarele aspecte: o hipertrofie clitoridiană, uneori foarte importantă, realizînd un veritabil organ peniform; o fuziune parțială sau totală a labiilor mari, precum și o persistență a sinusului urogenital.

În absența tratamentului, evoluția este marcată de o accelerare a creșterii, netă între 3 și 8 ani, dar care se oprește prematur, precum și de o falsă pubertate precoce de tip masculin, care apare între 3 și 5 ani.

Pentru ca fetiței cu astfel de tulburări să i se asigure apariția pubertății și posibilitatea ulterioară de a procrea, părinții trebuie să se prezinte la medic imediat ce au înregistrat o anomalie la copilul lor.

Pubertatea

În sens etimologic **puber** înseamnă acoperit de păr. Pubertatea însă — perioadă de viață în care se face trecerea de la copilărie la maturitate — este un proces complex, care este departe de a se limita doar la apariția pilozității sexuale și dezvoltarea caracterelor sexuale secundare.

Se consideră că pubertatea se produce la 13 ani, cu limite extreme, 10—17 ani, în funcție de factorii sociali, familiali, socioeconomici.

În condițiile noastre, o pubertate apărută înainte de 8 ani reprezintă o pubertate precoce, iar una apărută după 18 ani reprezintă o pubertate tardivă.

În apariția modificărilor complexe ce se produc la pubertate, într-o anumită cronologie au fost descrise mai multe etape sau perioade, caracterizate de fenomenele complexe care au loc. Astfel, distingem **perioada prepuberală**, care începe după vîrsta de 10 ani, prin accelerarea intensă a ritmului de creștere, uneori cu apariția unor aspecte dizarmonice, ce se corectează spontan ulterior. La fetițe are loc o dezvoltare mai marcată a bazinului. Creșterea se face sub imperiul hormonal.

Perioada puberală este dominată de apariția și dezvoltarea caracterelor sexuale. În această fază, care la fete se situează

între 11 și 13 ani, ritmul creșterii este mult încetinit ; în schimb, dezvoltarea sexuală se face într-un ritm accelerat. Glanda mamară se dezvoltă și ea progresiv. Dezvoltarea caracterelor sexuale se termină prin apariția pilozității axilare. Odată cu pilozitatea axilară apare și prima menstră — menarha. Primele cicluri, de obicei neregulate, cu flux sanguin redus, sînt anovulatorii, determinînd o perioadă de sterilitate fiziologică.

Urmează apoi perioada **postpuberală**, care durează de la apariția primei menstruații pînă la maturitate. În această perioadă se desăvîrșește dezvoltarea completă morfologică și funcțională a tractului genital, pînă la posibilitatea de a procrea. Este perioada modificărilor psihologice, a profundelor modificări ale personalității afective și intelectuale.

Pubertatea, care în zilele noastre se instalează mai devreme cu aproximativ 2 ani în comparație cu generațiile anterioare, creează un decalaj între maturizarea sexuală și maturizarea afectivă, care apare lent și progresiv. În copilărie, între 6 și 12 ani, sentimentul de tandrețe predomină perioada vîrstei școlare pînă la pubertate, cu o netă diminuare față de preocupările sexuale propriu-zise, datorită unei refulări profunde. La pubertate, odată cu inundarea hormonală a organismului, instinctul sexual este reînnoit și înnobilat de sentimentul dragostei, care favorizează integrarea tendințelor sentimentale și sexuale și dirijarea lor către o anumită persoană a sexului opus.

Erotismul juvenil natural este amplificat în zilele noastre de preocuparea pentru sex, iar în țările occidentale, literatura și publicațiile pornografice, precum și filmele de provocare erotică, au o mare contribuție, tinerii fiind tentați să înceapă mai devreme relațiile sexuale (15—16 ani). Desigur, în ultimă instanță, ideologia dominantă a societății, a familiei, joacă un rol determinant privind forma pe care o ia criza de adolescență.

Dintre aspectele patologice, pubertatea precoce, atunci cînd este reală, mai precis atunci cînd sînt eliminați factorii sociali sau familiali, constituie un element alarmant. Apariția unei hemoragii vaginale înainte de vîrsta de 8 ani, izolată sau asociată caracterelor sexuale secundare, trebuie să ne pună probleme. Excluzînd o dezvoltare prematură și izolată a sînilor sau o cauză locală de sîngerare,. cum ar fi un corp străin sau un cancer local, se ajunge la concluzia apariției unei pubertăți precoce patologice.

Un exemplu în acest sens îl constituie Lina Medina din Peru care nu numai că a avut o pubertate precoce, dar, la vîrsta de 5 ani și 8 luni, a născut. Cotată inițial greșit ca o pubertate precoce constituțională, evoluția ulterioară a demonstrat că fetița suferea de un sindrom în cadrul căruia pubertatea precoce era patologică.

În afara acestor cazuri izolate, în 90% din situații, pubertatea precoce este constituțională, ea datorîndu-se fenomenului de intensificare progresivă a tuturor proceselor creșterii și dezvoltării fizice și psihice a copilului în contextul factorilor genetici, economici și sociali în care evoluează.

În general, vîrsta fetiței la pubertate este plină de contradicții, ea trecînd printr-o puternică criză fizică și psihică. Este foarte ușor ca, sub influența factorilor impulsivi ai mediului și în absența unei griji din partea familiei și a educatorilor, fetița să ajungă la preocupări psihice deviate, cu repercusiuni ulterioare asupra întregii ei vieți.

La această vîrstă apar instinctul și excitația sexuală, care pot constitui în viața fetei o preocupare obsedantă, ducînd la devieri și vicii, ca și la alterarea vieții morale, cu precocitatea instalării raporturilor sexuale și cu urmările lor. Pentru evitarea și distragerea atenției de la aceste preocupări, familia și educatorii trebuie să dirijeze activitatea fetei spre o muncă intelectuală, cu lecturi adecvate, spre sport, gimnastică, spre preocupări artistice și sociale, încît viața să fie cît mai plină și mai variată.

Societatea noastră socialistă acordă o deosebită grijă educației tineretului, adolescenții fiind îndrumați să-și însușească o calificare profesională în munca productivă și să-și pună în valoare toate aptitudinile creatoare. Astfel, societatea socialistă își asigură premisele colaborării cu tipul de adolescent echilibrat fizic, psihic și moral.

DR. *RADU BONESCU*
Spitalul clinic de obstetrică
și ginecologie „Giulești"

JOCUL COPIILOR

BAZA SĂNĂTĂȚII FIZICE ȘI PSIHICE A ADULTULUI DE MÎINE

Ce reprezintă jocul pentru copil ? Ce rol are acesta în dezvoltarea lui fizică și psihică, în făurirea personalității lui ?

Cei mai de seamă medici, psihologi, pedagogi, poeți din toate timpurile atrag atenția asupra importanței deosebite a jocului pentru dezvoltarea armonioasă, fizică și mintală, a copilului. Orice făptură tînără are nevoie de joc, așa cum are nevoie de oxigen, hrană, recreație și nu în ultimul rînd de afecțiune, fără de care nu poate să se împlinească în mod plenar. Jocul constituie instrumentul cu ajutorul căruia omul își croiește, încă de la vîrsta copilăriei, drumul său de viitor. Cu ajutorul acestei minunate „pîrghii pedagogice" se înaripează fantezia creatoare a copilului, se dezvoltă priceperea, îndemînarea, capacitatea de a se integra în mod armonios într-o colectivitate, cu care cooperează. Caracterul competitiv al unora dintre formele jocului pregătește copilul pentru performanțele profesionale de mai tîrziu, pentru participarea sa la concursuri sportive, contribuind astfel la menținerea sănătății sale fizice, la formarea și dezvoltarea curajului, voinței, caracterului.

Jocul constituie o necesitate, și aceasta cu atît mai mult cu cît viața modernă, cu ritmul ei trepidant, supune sistemul nervos al individului încă de la vîrsta fragedă la mari solicitări și încordări.

Sănătatea mintală și echilibrul psihic al copiilor depind, în mare măsură, de natura jocurilor. De aceea, are o importanță hotăritoare cu ce și în ce mod se joacă copilul în primii ani ai existenței sale.

Multe domenii ale științei ca : pedagogia, psihologia, etnografia, biologia etc. studiază în mod insistent natura și semnificația acestui complicat fenomen social, care, după părerea unanimă a cercetătorilor, ocupă un rol important în ansamblul vieții. Aprecierile sînt de o mare varietate. Unii dintre autori consideră că jocul ar fi o descărcare a unui surplus de energie vitală ; alții sînt de părere că acesta are la bază nevoia de destindere și reprezintă o activitate care procură doar plăcere. Adesea întîlnim argumentul că jocul ar fi un exercițiu adaptativ în vederea activității multilaterale pe care ne-o cere viața. Anumiți teoreticieni atribuie jocului un rol de pregătire în lupta pentru existență și afirmare. În sfîrșit, alții susțin că orice ființă vie care se joacă se supune unui spirit de imitație congenital. În legătură cu aceasta, cunoscuta pedagogă Netti Christensen afirmă că toate analizele privind conținutul jocului redau exclusiv fenomene observate sau trăite de copii. Diferiți cercetători subliniază faptul că micile vlăstare întrebuințează pîrghia jo-

cului pentru transformarea visurilor lor în realitate. Astfel, ei ar dori să fie „adulți" pentru a putea face ceea ce se cuvine numai acestora. Copilul supus celor mai în vîrstă se comportă într-un mod dominator față de păpușile sale. Teama de medic — cu care în mod greșit unii părinți caută să intimideze copilul neascultător — îl transformă în doctor de păpuși. Mai mulți teoreticieni prestigioși, printre care H. Spencer, G. Liicea, J. Huizinga acordă jocului o importanță atît de mare încît susțin că pînă și originea artei, precum și

aceea a întregii civilizații trebuie căutate exclusiv în acțiunile de joc.

Toate aceste opinii demonstrează cît de amplă este această problemă, fiecare părere schițînd numai o latură din complexitatea acestui fenomen psihosocial — jocul.

Universul ludic, de joacă, al copiilor reflectă nivelul social în care trăiesc și se dezvoltă, condițiile economice, relațiile interumane, precum și concepțiile epocii. Plehanov spunea în legătură cu aceasta că jocul copiilor poate fi înțeles numai dacă ne situăm pe punctul de vedere al societății.

De bună seamă, jocul îmbracă o multitudine de forme, de aspecte, în raport cu vîrsta, cu obiceiurile specifice fiecărui popor, fiecărei regiuni, cu dezvoltarea sa socială. Ținînd seamă de dezvoltarea neuropsihică a copilului, se recomandă, în special, jocurile care impulsionează spiritul de creație, fantezia și inițiativa, cum ar fi : cutiile cu cuburi pentru construcții, garnituri cu piese metalice, detașabile, care pot fi montate în diferite forme, modele pentru desenat și colorat, hîrtie multicoloră pentru combinații de colaje etc.

Dintre formele de joc cele mai agreate de copii, care dezvoltă capacitatea lor de inventivitate, fac parte și lucrările din plastilină și lut frămîntabil. Aceste tipuri de jocuri contribuie în mare măsură la formarea personalității celor mici, le educă voința, le stimulează fantezia și forța lor creatoare. Ele oferă posibilitatea „să se realizeze", „să creeze ceva", unde să se regăsească pe ei înșiși, deoarece nevoia de a obține satisfacții este caracteristică nu numai adulților, ea manifestîndu-se încă din copilărie.

Este interesant de menționat că o seamă de mari personalități din lumea artelor au încercat să oglindească în opera lor ceea ce este mereu viu, valabil și nepieritor în jocul copiilor. Una dintre aceste minunate creații, tabloul „Jocuri de copii", de marele pictor flamand Pieter Bruegel, înfățișează 78 de scene de joc, redînd printre altele, în colțul din stînga, un joc străvechi, agreat și practicat de milenii în lumea întreagă : arșicele sau Fangsteine (în limba germa-

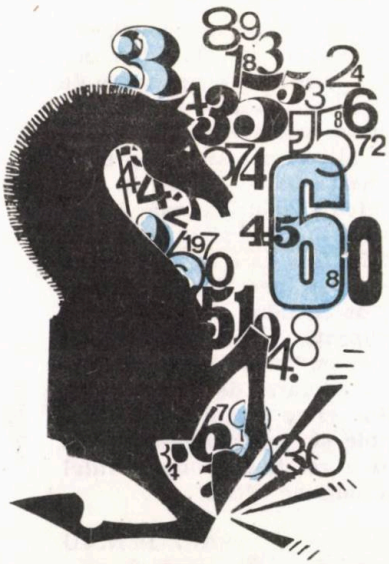
nă), aux martre sau aux pingre, după cum figurează în catalogul de jocuri al lui Rabelais din cartea sa Gargantua și Pantagruel. Din concepția acestei compoziții neasemuite a lui Bruegel, pe care criticul literar Robert L. Delevoy o denumește „academia jocurilor", reiese că artistul a urmărit să schițeze nevoia înnăscută de mișcare și necesitatea imperioasă de veselie și glumă ce caracterizează orice ființă tînără.

O concluzie a tuturor acestor opinii, experiențe, studii și opere de artă este aceea că jocul copiilor constituie o necesitate de care trebuie să se țină seama. Acest fenomen social, care a constituit motiv de frămîntare pentru atîția cercetători, reprezintă un mijloc primordial și eficace în dezvoltarea armonioasă, multilaterală a personalității umane. Cu cît copilul se va juca mai mult într-un mod care să corespundă cerințelor sale firești, necesităților de fortificare fizică, de echilibru mintal, de stimulare a inteligenței și inițiativei, cu cît jocul îi va trezi sentimente nobile de dăruire, de într-ajutorare, de sociabilitate, cu atît mai bine se va dezvolta din punct de vedere psihic și comportamental, cu atît mai pozitive vor fi conduita și stilul de viață al adultului de mîine.

ȘARI PENCIU

HANS CEL DEȘTEPT
ȘI RELAȚIILE MATERNO — INFANTILE

La începutul secolului nostru, un profesor de matematică din Berlin, pasionat călăreț, a realizat un experiment care s-a plasat mult timp în centrul discuțiilor savanților de cele mai diferite specialități. Profesorul a reușit să-și dreseze în așa fel armăsarul încît acesta răspundea corect la o serie de probleme de matematică. Răspunsul era dat prin bătăi de copită în podea, numărul bătăilor corespunzînd cu cifra certă. Neîncrederea cu care a fost întîmpinată la început această noutate a cedat locul unui val de entuziasm, ca urmare a faptului că numeroase comisii formate din : zoologi, fiziologi, psihologi, neurologi, psihiatri au confirmat că animalul răspundea corect problemelor care îi erau prezentate. Faptul că așa s-au petrecut lucrurile nu numai în diferite locuri de experimentare, dar și în absența stăpînului său, exclude orice truc sau înșelătorie. În septembrie 1904, experimentul a fost recunoscut ca valabil și de către o comisie numită de Academia de Științe și de Universitatea din Berlin. S-au succedat apoi numeroase încercări de a explica fenomenul — de la cele cu caracter mistico-filozofic, pînă la sofisticate lucrări de neurofiziologie.



Scurt timp după aceea însă, un asistent universitar a făcut un șir de observații, publicate și semnate ulterior de profesorul său, din care au reieșit următoarele : Hans cel deștept, căci așa se numea tînărul armăsar, indica rezultatul corect numai și dacă în cîmpul său vizual se găseau persoane care cunoșteau acel rezultat. În caz contrar, el continua să bată cu copita pînă ce i se cerea să se oprească. S-a ajuns la concluzia că Hans cel deștept observa reacțiile membrilor comisiilor de experimentare și se oprea din bătut în momentul în care descifra din mimica sau gesturile lor că a ajuns la rezultatul corect. În urma acestei descoperiri, lumea științifică care dăduse anterior explicații savante fenomenului, s-a simțit profund jenată și, în continuare, toată întîmplarea cu Hans cel deștept a fost acoperită de tăcere. În încercarea lor de a uita situația penibilă care se crease, s-a trecut cu vederea o descoperire foarte importantă, reevaluată de-abia în ultimele decenii : mijloacele de comunicare neverbală.

Oricine a avut de-a face cu animale și-a dat seama că multe din ele recunosc stările afective (bucurie, tristețe, furie, îngrijorare, frică, plictiseală, dragoste etc.) ale stăpînului sau ale altor persoane, fără ca aceștia să și le exprime prin cuvinte. Ele sînt capabile să le ghicească din semne minime ale expresiei feței, din tonalitatea vocii, ritmul respirației, din gesturi sau atitudini corporale etc.

Comunicarea neverbală joacă un rol extrem de important și în stabilirea legăturilor dintre copilul mic, care nu poate încă vorbi și înțelege vorbirea, și mamă. În mod intuitiv-instinctiv sau prin învățare, sugarul își dă seama de sentimentele, dispozițiile, trăirile mamei. Expresia feței mamei, bucuroasă sau încruntată, vocea ei ezitantă sau fermă, precum și alte zeci de indicii declanșează la copil o stare de securitate sau de anxietate. Starea de insecuritate sau de frică, dacă se prelungește, poate să ducă la o încetinire a dezvoltării fizice și psihice a copilului sau chiar la o evoluție patologică. Chiar dacă facem abstracție de o intuiție instinctivă moștenită, care leagă mama naturală de copilul ei, copilul are nevoie de una și aceeași persoană timp mai îndelungat, pentru a putea stabili circuitele de comunicare afectivă. O despărțire prematură a mamei de copil sau schimbarea frecventă a persoanelor care-l îngrijesc are efecte dăunătoare, copilul putînd deveni un anxios.

Într-un moment al vieții, multe femei își doresc un copil. De îndată ce au devenit mame, toată atenția lor se îndreaptă către aceste ființe gingașe cărora

le-au dat viață. Copilul simte grija și afecțiunea cu care este înconjurat și de aceea legăturile afective dintre el și mamă se vor dezvolta în mod ideal, spre deosebire de cazurile, din fericire rare, cînd copilul simțind că nu este acceptat, ori va încerca printr-o dependență crescută față de mamă să-i cîștige atenția și dragostea, ori se va desprinde afectiv prematur de ea.

După vîrsta de un an, cînd copilul începe să vorbească și să înțeleagă vorbirea, el nu renunță la informațiile pe care le primește prin intermediul comunicării neverbale. Deseori chiar dă acestora din urmă un credit mai mare decît cuvintelor. Dacă, de exemplu, o mamă își ceartă copilul pentru că a pronunțat un cuvînt injurios, dar în același timp mimica ei exprimă amuzament, copilul nu se va lăsa influențat de dojana verbală, ci va repeta acest cuvînt pentru a produce plăcere mamei. De asemenea, copilul nu crede explicațiile date cu o voce nesigură și cu o expresie încurcată și nu se lasă înduioșat de plînsul prefăcut al mamei. Exemple de acest fel se pot înmulți, ele conducînd la concluzia că în educația copiilor mici contează, în primul rînd, exprimarea neverbală a intențiilor părinților, pe planul doi situîndu-se comunicarea verbală, iar pentru eficiență în educație este necesară o concordanță între cele două forme de comunicare.

Astăzi, este unanim recunoscut că modelele de relații din familie, pe care și le însușește copilul pînă la vîrsta de 3 ani, sînt de o importanță capitală pentru formarea comportamentului său ulterior în societate. Modelele de comportament ale părinților sînt adoptate și însușite de copil, care le va întrebuința și în afara familiei, devenind trăsături caracteristice pentru personalitatea sa. Astfel, un copil care observă la mama sa o contradicție între mimica acră și urarea verbală călduroasă adresată unei persoane, își dă seama, fie și inconștient, de nesinceritatea ei. În cazul în care astfel de situații se repetă, este probabilă preluarea de către copil a acestei nesinceități, ce poate deveni o trăsătură a caracterului său.

Și mai periculoasă este situația în care comportamentul contradictoriu al mamei se adresează direct copilului. Astfel, în cazul unei familii în care mama dezaprobă tot ce face tatăl, dar ordonă copilului „fă ce-ți spune tatăl tău", copilul va fi în situația penibilă de a nemulțumi pe mamă oricum ar proceda : dacă face ce zice tatăl său, intră în dezacord cu dorința mamei, dacă nu face ce zice tatăl său, intră în dezacord cu ordinul mamei. Pentru a ieși din această dilemă, copilul se poate refugia într-o inactivitate completă, respectiv în boală.

Pentru un observator superficial din afară, relațiile din familiile de tipul celor descrise pot să apară ca normale. Conflictele nu sînt evidente, ci ascunse. Relațiile dintre membrii familiei, studiate numai pe baza schimburilor verbale dintre membrii ei, pot apărea mulțumitoare, fără însă ca acest lucru să corespundă realității, întrucît relațiile neverbale în contradicție cu cele verbale pot da naștere la stări conflictuale, la relații dizarmonice, care să deformeze personalitatea copilului sau să-l împingă spre boală.

DR. *COSTINER ELMANO*

Vreți să feriți copiii de complicațiile grave ale unor

boli infecțioase?

În perioada copilăriei, de la cîteva luni și pînă la vîrsta adolescenței, se întîlnesc foarte multe boli date de unul și același microb — streptococul betahemolitic. Acest microb poate invada orice țesut și în funcție de organul atins dă boala corespunzătoare. Care mamă nu și-a îngrijit copilul de angină sau scarlatină, de faringită complicată cu sinuzită sau otomastoidită, de bronhopneumonie simplă sau

complicată cu pleurezie, în care agentul patogen incriminat să nu fi fost streptococul ? Pînă şi zăbăluţele, impetigo vulgar sau cum se mai numeşte în popor „bubele dulci", rinitele purulente cu excoriaţii în jurul nărilor cunosc aceeaşi cauză.

Cum se poate feri copilul de un microb atît de virulent şi ce atitudine se recomandă îndată ce boala a apărut ?

Nu există o metodă magică pentru a înlătura infecţia produsă de streptococ. Deoarece majoritatea acestor afecţiuni sînt boli contaminante pe calea aerului, evitarea contactului infectant cu copii bolnavi de aceste boli sau evitarea locurilor supraaglomerate (cinematografe, teatre, marile magazine, mijloacele de locomoţie în comun în orele de vîrf, sălile de aşteptare în policlinici) sînt tot atîtea posibilităţi de prevenire a acestor îmbolnăviri.

Boala odată exprimată, se impune o terapie corectă, pe care numai medicul specialist o poate recomanda. Ea constă în izolarea imediată a copilului, cu administrare de penicilină pe o perioadă de cel puţin 10 zile. În situaţia că bolnavul nu suportă penicilină, tratamentul cu antibiotice nu trebuie abandonat, ci înlocuit, cel mai corect, cu eritromicină. Este contraindicată administrarea de tetraciclină şi sulfamide.

Un tratament „scurtat" de mamă determină ca un număr important de copii să rămînă purtători de microbi streptococici, ca să nu mai vorbim de cei netrataţi care, într-o proporţie de 90% sînt purtători de streptococ pe o perioadă mai lungă de timp, răspîndind în jurul lor, luni de zile, agentul cauzal al atîtor afecţiuni. Semnul cel mai concludent al vindecării îl constituie negativarea culturii exsudatului faringian.

Infecţiile streptococice — ale gîtului în special — sînt printre cele mai frecvente boli ale copilăriei, putîndu-se repeta de multe ori. De aceea, este bine să se ştie că aceste infecţii nu lasă imunitate definitivă.

Care sînt complicaţiile infecţiei şi cum pot fi ele prevenite ?

Evoluţia ar fi favorabilă dacă cel puţin boala acută, care se produce zgomotos, uneori chiar dramatic, ar primi o terapie corectă cu antibiotice, metodă sigură de prevenire a complicaţiilor supurative şi nesupurative.

Uneori, dintr-o faringită streptococică sau anghină se poate ajunge la o rinită purulentă, otită, mastoidită, sinuzită purulentă sau chiar flegmon periamigdalian. S-au descris şi cazuri cînd, cu tot tratamentul corect, s-au produs astfel de complicaţii supurative. Ele constituie însă o excepţie, apărînd numai atunci cînd microbul a stat cantonat în „criptele amigdaliene".

Complicaţiile tardive nesupurative sînt însă mult mai severe, mai de temut, ducînd copilul la o infirmitate de lungă durată, uneori pentru toată viaţa. Ele ating organe sau ţesuturi importante ca : inima, articulaţiile, dînd boala reumatismală (respectiv boala miocardică, artritică) sau rinichiul, dînd glomerulonefrita.

Şi în cazul complicaţiilor nesupurative, prevenirea apariţiei acestora constă în: tratament corect şi cît mai precoce posibil al infecţiilor streptococice acute, control medical periodic, efectuarea exsudatului faringian — tot periodic — şi administrarea de penicilină depozit (numai după sfatul medicului).

Dată fiind distanţa la care izbucnesc aceste complicaţii de „sensibilizare", mama are datoria să supravegheze îndeaproape copilul care a avut în trecut o infecţie streptococică. Ea trebuie să urmărească dacă copilul şchioapătă datorită durerilor articulare, în cazul artritei, dacă se plînge de oboseală, chiar la eforturi mici, în cazul miocarditei sau dacă prezintă umflarea pleoapelor şi a membrelor inferioare (edeme), însoţită de o reducere a cantităţii de urină, în cazul atingerii renale (nefrită).

Un exces de atenţie din partea mamei asupra comportamentului copilului este, de asemenea, absolut indicat. Un copil care altădată era vioi şi jucăuş, devenind dintr-o dată apatic, adinamic sau plîngăreţ, trebuie să atenţioneze pe părinţi. În aceste

situații, singura soluție este aceea de a consulta medicul. Bolnavii depistați cu complicații postinfecții streptococice vor fi de îndată internați și tratați în servicii de specialitate o perioadă de timp pe care numai medicul o poate aprecia. Nerespectarea indicațiilor pot să ducă la o nouă îmbolnăvire, cînd riscul evoluției complicațiilor este mult mai ridicat.

Dr. VERONICA CĂRUNTU
Medic primar, șef lucrări I.M.F.

ABUZUL DE MEDICAMENTE la copil

În epoca noastră trăim o adevărată proliferare a medicamentelor de toate categoriile și sub toate formele de prezentare. Avîntul impetuos al cercetărilor și descoperirilor din domeniul chimiei farmaceutice și al terapeuticii, dezvoltarea fără precedent a industriei de medicamente, înmulțirea produselor oficinale tipizate, toate acestea fac ca „piața farmaceutică" să ofere o abundență de produse sub cele mai variate și atrăgătoare aspecte. Industria românească de medicamente cunoaște, la rîndul ei, o dezvoltare tot mai mare, asigurînd cantitativ și calitativ cea mai mare parte a nevoilor de medicamente din țara noastră. În total, nomenclatorul românesc al medicamentelor în circulație cuprinde peste 1 000 de articole, incluzînd produse tipizate indigene, medicamente din import, substanțe medicamentoase, produse galenice elaborate în farmacie, produse ale Centrului de hematologie etc.

În fața acestui belșug de produse este de așteptat să se nască probleme în legătură cu utilizarea lor rațională, selectivă și oportună, în raport cu nevoile bolnavilor. Aspecte deosebit de importante ridică în acest sens folosirea medicamentelor la copil, a cărui reactivitate particulară impune mult discernămînt. Un asemenea discernămînt pot avea numai cadrele medico-sanitare de specialitate. Există însă numeroase situații unde familia copilului se consideră autorizată să se substituie acestora și, profitînd de faptul că în casă pot exista unele medicamente, iar altele pot fi procurate cu ușurință, procedează la administrarea lor din proprie inițiativă. Să trecem în revistă cîteva din tratamentele care pot fi făcute în mod eronat, fără indicația corespunzătoare, riscînd să se ajungă atît la lipsa de eficiență, cît și la unele reacții adverse nedorite.

Pe primul loc se situează, fără îndoială, *antibioticele*. Dintre acestea *penicilina* — antibioticul cu cea mai largă răspîndire — se utilizează uneori în mod greșit în orice stare febrilă, deși aceasta poate fi datorită unor afecțiuni și germeni care nu răspund deloc la penicilină. Deseori, în această situație poate fi vorba de afecțiuni virotice sezoniere pentru care repausul la pat, băuturile calde, acidul acetilsalicilic (aspirina) și aminofenazona (piramidonul), sub formă de comprimate sau supozitoare, reprezintă cel mai bun tratament. Este greșită administrarea penicilinei în diareea, chiar de natură infecțioasă, deoarece flora intestinală — atît cea proprie saprofită, cît și cea cu care s-a produs o eventuală infecție exogenă (din afară) — nu este sensibilă la penicilină. În caz de infecții ale pielii cu colecții purulente, agentul determinant este, de regulă, stafilococul, care, nefiind sensibil la penicilină, nu are ce căuta în tratamentul lor ; în plus, orice colecție purulentă beneficiază, în primul rînd, de incizie cu evacuare chirurgicală, antibioticele fiind adesea de prisos.

Un alt antibiotic cu o răspîndire și o utilizare nejustificat de mare este *tetraciclina*. Indicațiile ei se restrîng la unele pneumonii provocate de germeni sensibili, rickettsioze și dizenteria bacilară. Nu este indicată în tratamentul amigdalitelor pultacee, al infecțiilor cu stafilococ și nici la copiii sub 7 ani, la care poate da alterări dentare și tulburări de creștere.

Streptomicina și-a restrîns și ea sfera de utilizare la tuberculoză și la unele boli infectocontagioase cu germeni sensibili. Administrarea ei în infecții respiratorii sau digestive curente nu este fundamentată științific și nici nu dă rezultate.

Sînt unele antibiotice care trebuie rezervate pentru infecțiile de mare gravitate, rezistente la tratamentele uzuale sau pentru infecții cu anumiți germeni. Este cazul gentamicinei, cefalosporinelor (Keflin, Keflex), carbenicilinei (Pyopen, Geopen), tobramicinei, a căror manipulare rămîne exclusiv de domeniul specialistului.

Alături de antibiotice, de o mare popularitate se bucură *gamaglobulina*, produs biologic foarte solicitat de părinți. De la început trebuie precizat că se așteaptă mai mult de la acest produs decît poate el da. Administrarea gamaglobulinei în cazuri de infecții digestive, respiratorii sau cutanate repetate nu realizează profilaxia acestora pentru viitor. Dealtfel, indicațiile de utilizare a gamaglobulinei sînt clare : la contacții de rujeolă (pojar), pentru profilaxia sau pentru obținerea unor forme mai ușoare de boală ; la gravidele care au venit în contact cu vreun caz de rubeolă, pentru profilaxia acestei boli care poate duce la malformații ale fătului ; în profilaxia hepatitei epidemice ; în cazurile de agamaglobulinemie, boală, dealtfel, foarte rară. În alte situații, folosirea acestui produs este iluzorie.

De un succes considerabil se bucură în fața necunoscătorilor folsirea *vitaminei* B_{12}. Această vitamină nu este însă un tonic general al organismului și nici nu corectează orice fel de anemie. Acțiunea ei se limitează la tratamentul anemiei pernicioase biermeriene și parabiermeriene, unde intervine ca un medicament specific, în bolile hepatice cronice și în unele boli neurologice. Folosirea ei în alte forme de anemii sau în cazuri de slăbire, lipsă de poftă de mîncare etc. nu-și are justificare.

O situație asemănătoare se ivește în cazul *preparatelor cu fier* (Neoanemovit, Glubifer, Fier polimaltozat etc.). Fierul reprezintă o medicație substitutivă necesară numai în anemiile produse de lipsa de fier prin deficit de aport sau prin pierderi ale fierului din organism. Nu este indicat în corectarea lipsei de poftă de mîncare decît atunci cînd aceasta este provocată de o anemie feriprivă. Nu este un tonic general al organismului. Administrarea fierului se face numai în raport cu datele furnizate de hemogramă, și anume în cazul în care hemoglobina este sub 70%.

Un tonic general este considerat și *calciul*, care, într-adevăr, are multiple roluri și funcții în organism, însă trebuie administrat cu măsură. Astfel, Clorocalcin soluție poate da iritație gastrică ; calciu efervescent (comprimate) se va evita sub vîrsta de 2 ani, deoarece poate da tulburări digestive. Este bine să se știe că o cură de calciu nu trebuie să depășească 10—14 zile pe lună.

Alături de calciu, la copilul mic, de regulă, se administrează și *vitamina D* (D_2 sau D_3). Conform schemelor în vigoare, la copilul pînă la 1 an se fac 5—6 doze mari, însumînd în total 1 000 000—1 500 000 unități, care sînt suficiente pentru profilaxia rahitismului în primul an de viață. În tratamentul rahitismului florid, dozele sînt mai mari. Folosirea abuzivă a vitaminei D, nerespectarea intervalelor la care ea trebuie administrată, depășirea dozelor toate acestea duc la fenomene de hipervitaminoză, care se manifestă prin inapetență, vărsături și tulburări în metabolismul calciului, ducînd, în final, la formarea de calculi în rinichi.

Trebuie specificat faptul că vitamina D și produsele care o conțin (cum ar fi, spre exemplu, untura de pește) nu constituie o medicație pentru lipsa de poftă de mîncare (cum adesea se utilizează), ci au rolul de a favoriza osificarea prin depunerea de calciu în oase, precum și resorbția calciului din tubul digestiv.

Întrebuințarea nerațională și nejustificată a unor medicamente, chiar inofensive, poate avea totuși urmări neplăcute.

Astfel, *supozitoarele cu glicerină*, indicate în constipație, se folosesc pe scară

foarte largă, în special la sugari. Această folosire nu este de multe ori îndreptățită, deoarece sugarul care are un scaun pe zi nu poate fi considerat ca suferind de constipație ; există sugari care pot avea și un scaun la 2 zile. De asemenea, după o perioadă de diaree, mulți sugari au cîteva zile de constipație, fapt care alarmează familia și o determină să recurgă la supozitoare cu glicerină ; alteori, se utilizează supozitoare pe motiv că scaunele sînt prea tari. Este cunoscut faptul că unele mici modificări de regim (miere diluată cu ceai, frișcă, decoct de fulgi de ovăz) pot ameliora tranzitul intestinal al sugarului, fără a mai fi nevoiți să recurgem la supozitoare, care după multă vreme de întrebuințare duc la diminuarea reflexului spontan de defecație, creînd o adevărată dependență față de ele.

Există obișnuința ca în tratamentul unor infecții cutanate să se aplice unguente de diferite feluri. În cazul cînd sînt colecții purulente ale pielii fie superficiale (pustule), fie profunde (furuncule, abcese cutanate), este indicată incizarea lor și evacuarea puroiului și nicidecum nu se aplică un unguent. Menționăm că asemenea colecții purulente sînt produse de regulă de stafilococi, față de care tetraciclina este total ineficace, deci și unguentul cu tetraciclină nu are nici o indicație. De asemenea, pudrajele trebuie evitate pe leziunile de piodermită și în regiunile de frecare a tegumentelor (pliurile cervicale, axilare, inghinale, fesiere), deoarece prin imbibiția cu secrețiile locale devin iritante.

Substanțele antialergice, cum sînt : Romerganul, Feniramina, Nilfanul nu se pot administra decît la indicația medicului, deoarece posologia (dozarea) trebuie foarte precis calculată și utilizarea lor făcută cu multă atenție. Dealtfel, trebuie cunoscut că toate substanțele antialergice dau reacții adverse, constînd din tulburări nervoase (somnolență și senzație de oboseală sau stări de hiperexcitabilitate), iar în caz de supradozare, intoxicația este foarte gravă.

Administrarea *Polidinului* se face uneori din inițiativa familiei. Este necesar să se știe că Polidinul nu constituie o medicație antiinfecțioasă care să distrugă virusuri sau bacterii, ci reprezintă o modalitate de stimulare a mijloacelor de apărare a organismului.

Dar lista medicamentelor de care se poate face abuz nu se încheie aici. Medicamentul poate fi prieten sau dușman, util sau vătămător, după cum este administrat — în mod justificat sau nefondat. Și, fără îndoială, cel chemat să-și dea avizul nu poate fi decît cadrul de specialitate, medicul de copii.

DR. MIHĂILESCU VLADIMIR
Clinica de pediatrie, Spitalul „Fundeni"

CARDIOPATIA REUMATICĂ

NU MAI ESTE O „PROBLEMĂ" ÎN PATOLOGIA COPILULUI MARE ?

Pînă la instituirea unor măsuri curativo-profilactice adecvate și eficiente, reumatismul articular acut a reprezentat capitolul cel mai redutabil din patologia copilului mare. Gravitatea sa rezida nu numai în frecvența foarte mare a cazurilor și evoluția gravă din faza acută, ci mai ales în consecințele foarte severe în timp. Boala de inimă, reumatică, determinînd deseori o invaliditate definitivă prin insuficiența cardiacă progresivă, a fost pînă nu demult responsabilă de cel mai mare număr din decesele copilului mare și ale adultului tînăr.

Reumatismul articular acut (denumit și Bouillaud-Sokolski după numele celor doi autori care l-au studiat mai aprofundat) este o boală poststreptococică, consecință a unor infecții repetate cu streptococul hemolitic din grupa A. Cele mai frecvente localizări ale acestei infecții sînt cele din domeniul oto-rino-faringian și dentar, atît de frecvente la copii și tineri : amigdalite, sinuzite, vegetații adenoide, otite, granuloame dentare.

În anumite condiții favorizante de teren și constituție, și în special la vîrsta tînără, infecțiile cu streptococ hemolitic incorect sau incomplet tratate duc la instalarea unei reacții infecto-imun-alergice specifice a întregului țesut conjunctiv. Această reacție poate să rămînă multă vreme latentă, necunoscută, fără semne evidente de boală. În prezența unor factori nefavorabili de microclimat (condiții insalubre de locuit, umezeală, aglomerație etc.), macroclimat (umezeală, frig, vînt) și perturbări ale stării de sănătate (debilitate prin boli repetate, infecții de focar, surmenaj etc.), o reinfecție streptococică poate declanșa la nivelul țesutului conjunctiv o granulomatoză specifică reumatică, cu manifestări clinice acute.

Deoarece țesutul conjunctiv (sediul granulomatozei reumatice) este foarte bogat reprezentat la nivelul aparatului locomotor și în special periarticular, manifestările clinice cele mai acute ale bolii se evidențiază la acest nivel. Se instalează o poliartrită acută, febrilă. dureroasă (împiedicînd mobilitatea), saltantă (interesînd succesiv o articulație după alta), dar fugace (de scurtă durată). După cîteva zile, pînă în cel mult 2—3 săptămîni, toate articulațiile își reiau aspectul normal și capacitatea funcțională integră, chiar în absența unui tratament corespunzător.

Astăzi însă, se știe că „reumatismul poliarticular acut" nu este o „boală acută", ci o boală în cadrul căreia puseul acut articular reprezintă doar o fază, un episod clinic, precedat de infecții repetate streptococice, cu o fază lungă de pregătire infecto-imun-alergică, care stă la baza reacției reumatice generale. Reacția clinică, foarte violentă în copilărie, se atenuează treptat cu înaintarea în vîrstă, dar reactivitatea infecto-imun-alergică poststreptococică persistă practic toată viața. Ori de cîte ori survin condiții favorizante, se pot declanșa noi diseminări granulomatoase la nivelul țesutului conjunctiv, cu recidive repetate ale fenomenelor clinice. De aceea, reumatismul articular acut este de fapt o boală cronică, cu puseuri acute și faze de acalmie.

De asemenea, „reumatismul poliarticular acut" nu este o „boală poliarticulară", ci o boală generală, cu leziuni granulomatoase diseminate la nivelul întregului țesut conjunctiv, nu numai la nivelul sistemului locomotor, ci și la nivelul altor organe și aparate, în special la nivelul aparatului cardiovascular și cu predominanță la nivelul inimii.

Mult timp s-a considerat că leziunile reumatice ale inimii (cardiopatia reumatică) sînt o complicație a bolii. Studii mai aprofundate au decelat însă leziuni microscopice de granulomatoză reumatică la nivelul inimii la toți bolnavii de reumatism, nu numai la cei cu semne clinice evidente de cardită reumatică. Aceasta dovedește că o cardiopatie reumatică nu este o „complicație" a reumatismului articular acut, ci o componentă integrantă a bolii.

În absența unui tratament eficace, leziunile reumatice de la nivelul inimii, localizate atît în miocard și pericard, cît și pe valvule (în special pe valvulele mitrale și aortice), nu se vindecă, ci rămîn în activitate, evoluînd cu sclerozări vicioase, ceea ce duce la periclitarea progresivă a funcției cardiace, mai rapid în fazele acute ale bolii și mai lent în cele de acalmie. Acest fapt determină și o reducere progresivă a capacității de activitate fizică a celui bolnav.

Eforturile fizice care depășesc rezervele dealtfel re-

duse ale inimii bolnave, expunerile la factori neprielnici (umezeală, frig, vînt) și reinfecții streptococice duc progresiv, în absența unui tratament adecvat, la insuficiență cardiacă cu invaliditate și chiar la deces.

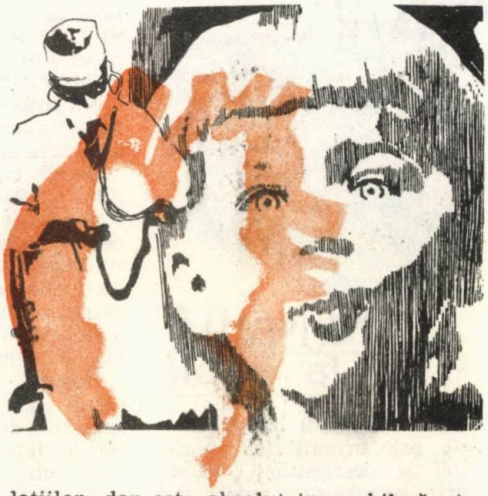
Actualmente, progresele științifice înregistrate în domeniul medicinii au pus la dispoziție mijloace foarte eficace de profilaxie și tratament al reumatismului și deci de prevenire a formelor severe de boală și inclusiv a cardiopatiilor grave reumatice.

Depistarea precoce a reumatismului, tratamentul său corect și prelungit în spital, sanatorizarea și apoi dispensarizarea ambulatorie, cu aplicarea unui tratament de întreținere pînă la vîrsta de adult, precum și profilaxia reinfecțiilor streptococice au dus la scăderea impresionantă a formelor severe de cardită reumatică, ceea ce permite copiilor care se îmbolnăvesc de reumatism o speranță de viață lungă, cu încadrare școlară, socială și familială identică cu aceea a copiilor nereumatici. Acțiuni repetate de depistare și combatere în masă a infecțiilor streptococice în școli, cămine și alte colectivități de copii și tineret, au redus practic îmbolnăvirile de reumatism articular acut la cazuri solitare, contribuind și la prevenirea în masă a cardiopatiilor reumatice.

Astfel, în decursul ultimelor două decenii, cardita reumatică a încetat să mai fie o „problemă" în statistica morbidității și mortalității copilului mare și a adultului tînăr din țara noastră. Ea rămîne însă o amenințare potențială pentru toți cei care au prezentat infecții streptococice, deoarece reumatismul netratat dispune în continuare de aceeași virulență în prezent ca și în trecut.

Rezultatele bune nu se pot menține însă decît cu condiția unei combateri permanente, perseverente a infecțiilor streptococice și printr-un tratament individual corect și complet al fiecărui caz în parte.

Tratamentul amigdalitelor în familie, timp de 1—2 zile, cu 2—3 tablete de penicilină nu face decît să atenueze fenomenele infecțioase acute, dar generează cel mai frecvent instalarea unei infecții cronice de focar și este absolut insuficient pentru prevenirea reumatismului. De asemenea, tratamentul de cîteva zile cu aspirină și piramidon al manifestărilor articulare din faza acută a reumatismului suprimă rapid durerea și tumefierea articu-

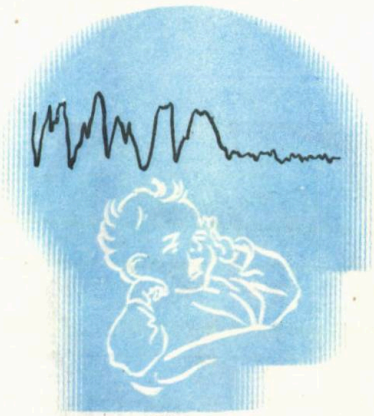


lațiilor, dar este absolut incapabil să vindece granulomatoza reumatică, care evoluează în continuare la nivelul inimii și duce progresiv, în cîteva luni sau ani, la invaliditate prin insuficiență cardiacă.

Tratamentul corect al fiecărei infecții streptococice trebuie să se facă sub control medical, cu penicilină în doze suficiente, cel puțin 10 zile. Depistarea reumatismului se impune să se facă cît mai precoce. Instituirea imediată a unui tratament antireumatic energic, în doze suficiente, cel puțin o lună, este obligatorie nu numai pentru formele evidente și severe de boală, ci și pentru cele moderate și chiar în așa-numitul „sindrom poststreptococic minor", care este de fapt o formă atenuată de reumatism. De aceea, pentru orice bolnav de reumatism se impune tratamentul fazei acute în spital, sanatorizarea la domiciliu sau la sanatoriul antireumatic pe toată perioada de convalescență, dispensarizarea prelungită prin cabinetul antireumatic, aplicîndu-se tratamentul de întreținere cu Moldamină pînă la vîrsta de adult, pentru prevenirea reinfecțiilor streptococice.

Organizarea corectă a condițiilor de viață și de mediu trebuie completată cu orientarea profesională, pentru a evita supraefortul fizic și intemperiile meteorologice. Numai în acest fel, respectîndu-se conduita corectă, cardiopatia reumatică va înceta să mai constituie o „problemă" în patologia copilului mare și a adultului tînăr.

Dr. *EMILIA BEJAN*
Medic primar pediatru, Timișoara



CONVULSIILE la copil

Prin aspectul lor dramatic, prin brutalitatea apariției și desfășurării crizei, prin substratul uneori deosebit de grav, convulsiile reprezintă o problemă de urgență nu numai pentru elucidarea cauzelor, dar, mai ales, pentru rezolvarea lor terapeutică.

Manifestările unei crize de convulsii tipice, generalizate, sînt în general cunoscute. Copilul își pierde brusc cunoștința, cade dacă este în picioare și intră într-o stare de contractură a întregii musculaturi: corpul țeapăn, membrele inferioare întinse nu pot fi îndoite, antebrațele flectate, pumnii încleștați, capul dat pe spate cu ceafa țeapănă, gura încleștată, globii oculari plafonează (sînt dați peste cap), prezintă cianoză (învinețire) a feței. Această stare durează cîteva secunde, după care încep o serie de contracturi sacadate, ritmice, ale întregii musculaturi (faza clonică) : membrele superioare și inferioare se mișcă ritmic, la fel capul și globii oculari ; fața este animată de grimase, limba poate fi mușcată, apărînd o spută sanguinolentă la gură. Mișcările respiratorii sînt și ele sacadate, în ritmul contracțiilor generale ale musculaturii. Acest tablou poate dura cîteva minute sau — în cazurile mai grave — pînă la cîteva ore. La sfîrșitul crizei, musculatura intră în relaxare, copilul își recapătă cunoștința, dar este obnubilat, confuz, somnolent, obosit și poate prezenta chiar paralizii trecătoare.

Nu întotdeauna însă criza de convulsii îmbracă acest aspect complet, cu parcurgerea stadiilor descrise și interesarea întregii musculaturi a corpului.

Există crize manifestate numai prin plafonarea globilor oculari ; acest aspect se întîlnește în special la sugar. Alte crize cuprind numai faza tonică (de încleștare a musculaturii), fără contracțiile ritmice. Pot fi crize exprimate numai prin pierderea cunoștinței. Se întîlnesc convulsii care cuprind numai jumătatea dreaptă sau stîngă a corpului, sau chiar numai un membru, fără pierderea cunoștinței. Iată deci o varietate de aspecte, care se includ în capitolul convulsiilor.

Desigur, nu se vor confunda cu o criză de convulsii unele stări sau manifestări anormale care pot surveni la copil, cum ar fi : starea de somnolență, în caz de febră ridicată într-o boală gravă care modifică atitudinea obișnuită a copilului, tresăririle musculare, ticurile, mișcările din coree (sînt fără pierderea cunoștinței) etc.

În ceea ce privește cauza determinantă a unei crize de convulsii, trebuie să știm că ea este uneori greu de stabilit și numai examenul medical atent, coroborat cu o serie de investigații de laborator și uneori cu electroencefalografia pot aduce clarificările necesare. De fapt, este vorba de un număr foarte mare de cauze care pot provoca accesul convulsiv.

La sugar și copilul mic crizele pot fi declanșate pur și simplu de o stare febrilă. Acestea se numesc *convulsii febrile* și apar în primele 24 de ore de la declanșarea unei temperaturi crescute, care trebuie să depășească în orice caz 38—38,5°, pentru a provoca criza. Convulsiile febrile au o durată relativ scurtă, nu sînt însoțite de alte tulburări sau semne neurologice și se vindecă fără a lăsa urmări. Ele se pot însă repeta cu ocazia unei noi ascensiuni febrile. Cu toată benignitatea lor, convulsiile febrile sînt privite de unii autori cu multă prudență și considerate ca avînd un substrat de boală organică, în care caz „febra trezește o leziune preexistentă".

Dar în cea mai mare parte, cauzele convulsiilor sînt constituite de boli organice ale sistemului nervos. La copil, pe primul loc se situează infecțiile. Dintre acestea, *meningitele* ocupă un loc important, ele putînd fi produse de bacterii, virusuri, protozoare. *Encefalitele* sînt tot procese infecțioase ale creierului, produse în special de virusuri. Ca și meningitele, ele au o simptomatologie foarte variată, fiind însoțite și de alterarea gravă a stării de conștiență, dar foarte frecvent apar și convulsiile. Infecțiile propagate la venele care irigă creierul (tromboflebitele cerebrale) dau și ele convulsii. Accidentele urmate de *leziuni ale cutiei craniene și ale creierului* (traumatismele craniocerebrale) și *hemoragiile cerebromeningeale* reprezintă o altă cauză de convulsii. Amintim că acestea din urmă se întîlnesc cu precădere la nou-născutul care a suportat o naștere laborioasă, prelungită. Tot la nou-născut se întîlnesc cîteva boli infecțioase care sînt inofensive la alte vîrste, dar care la un organism atît de mic și cu o putere de

apărare atît de scăzută dau tulburări extrem de grave, printre care şi convulsii : toxoplasmoza congenitală, boala incluziilor citomegalice, listerioza congenitală.

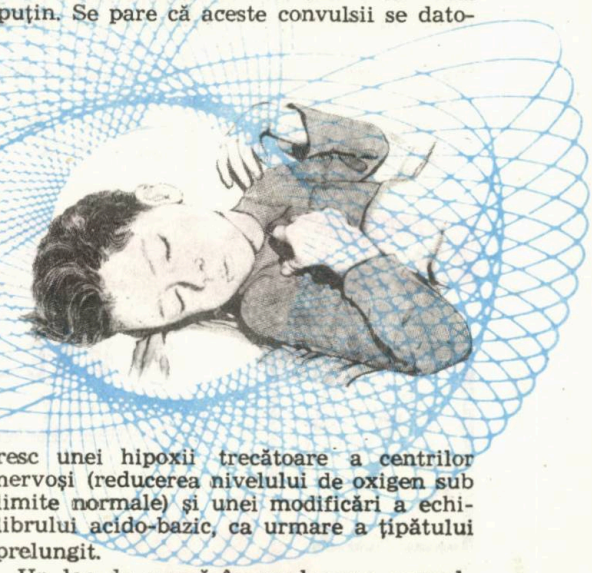
Un loc deosebit printre cauzele convulsiilor organice îl ocupă *procesele tumorale intracraniene*, posibile şi la vîrsta mică. Atragem atenţia că nu toate formaţiunile tumorale sînt maligne, putînd exista chisturi, tuberculoame şi abcese cerebrale, a căror simptomatologie este apropiată şi care impun intervenţia chirurgicală.

O altă categorie mare de convulsii o reprezintă *convulsiile metabolice*, datorate unor modificări ale unor substanţe chimice din organism. Cele mai frecvente sînt convulsiile hipocalcemice. Acestea pot surveni în diferite împrejurări, dar incidenţa cea mai mare o au convulsiile din tetania provocată de rahitism : în perioada de vindecare a rahitismului, dar mai ales primăvara, calciul din plasmă are valori încă scăzute, în timp ce fosforul plasmatic începe să revină la valori normale. Acest dezechilibru biochimic antrenează apariţia de convulsii, al căror tratament de elecţie îl constituie calciterapia şi administrarea de vitamina D. Hipocalcemia însoţită de contracturi se mai întîlneşte şi în unele tulburări endocrine (scăderea activităţii glandelor paratiroide), în unele tulburări din partea tubilor renali, în deficienţe grave ale absorbţiei intestinale (sindromul de malabsorbţie), în boli însoţite de scăderea concentraţiei proteinelor sanguine, de care calciul este legat etc.

Tot convulsii metabolice sînt şi convulsiile produse de scăderea glucozei din sînge (convulsii hipoglicemice). Această scădere poate suverni în unele boli ale metabolismului hidraţilor de carbon, în caz de supradozare a insulinei etc. Convulsii metabolice sînt şi cele produse prin deficit de piridoxină (vitamina B_6), substanţă care are rol în unele sinteze din ţesutul nervos.

Un loc deosebit îl ocupă însă *convulsiile din cursul intoxicaţiilor*, unde pericolul îl reprezintă nu numai accesul convulsiv, ci şi alte efecte nocive ale toxicului asupra organismului. Asemenea convulsii se întîlnesc în intoxicaţiile cu substanţe insectofungicide (tip Parathion), care se folosesc pentru distrugerea insectelor în agricultură, dar uneori şi în locuinţe, în intoxicaţiile cu stricnină, cu alcool (este strict interzis la copii sub orice formă !), cu cofeină (prezentă în supozitoarele Acalor, motiv pentru care vor fi evitate la sugari şi copii mici !), cu plante din familia Solanaceelor (mătrăguna, măselariţa, laurul), care conţin atropină, cu oxid de carbon, care se produce prin arderea incompletă a cărbunilor, prin degajări de gaze naturale şi gaze de eşapament.

Interesante şi mai puţin periculoase sînt aşa-numitele *convulsii afective* (spasmul hohotului de plîns). În timpul unui acces de plîns cu reţinerea respiraţiei, copiii mici pot face o criză de contractură însoţită de cianoza feţei (învineţire), din care îşi revin spontan şi fără urmări în decurs de cîteva minute sau chiar mai puţin. Se pare că aceste convulsii se datoresc unei hipoxii trecătoare a centrilor nervoşi (reducerea nivelului de oxigen sub limite normale) şi unei modificări a echilibrului acido-bazic, ca urmare a ţipătului prelungit.



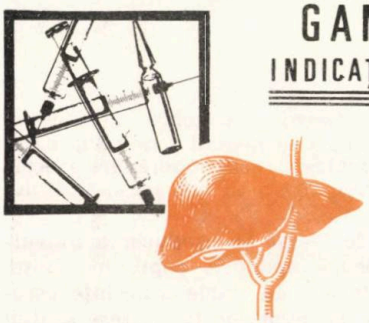
Un loc de seamă în producerea convulsiilor îl ocupă *epilepsia* copilului. Există epilepsie legată de unele suferinţe cerebrale, care au avut loc la naştere sau cu ocazia unor accidente (epilepsie simptomatică) şi epilepsie a cărei cauză nu poate fi depistată (epilepsie idiopatică). Formele de manifestare a epilepsiei sînt foarte variate. Astfel, pot exista crize de convulsii generalizate, cu pierderea cunoştinţei (epilepsia majoră, *grand mal*), crize localizate la cîteva grupuri musculare (epilepsia jacksoniană), crize manifestate prin absenţa (pierderea cunoştinţei) de scurtă durată (*petit mal*), crize manifestate prin tulburări senzoriale sau psihice (epilepsia psihomotorie) etc. Diagnosticul şi tratamentul epilepsiei constituie o problemă de

specialitate, impunînd neapărat examenul electroencefalografic. Medicaţia antiepileptică este de durată şi se face numai sub controlul medicului.

Ceea ce interesează însă pe părinţi nu este tratamentul de specialitate care revine medicului, ci măsurile de prim-ajutor, în caz de criză de convulsii. Aceste măsuri, deşi puţine, trebuie aplicate de la începutul crizei, pentru a evita o serie de accidente şi complicaţii care pot surveni, suprimarea propriu-zisă a accesului putîndu-se realiza numai prin tratament adecvat.

Un copil în convulsii trebuie imediat îndepărtat de foc, de sticle, de obiecte tăioase, de colţuri de mobilă, de marginea scării. Va fi culcat pe o parte ca să nu-şi înghită limba, i se vor scoate din gură alimentele (dacă erau) pe care le poate aspira, se va căuta să nu-şi muşte limba. Respiraţia artificială manuală de obicei nu este necesară, ea s-ar impune numai în cazul unei faze de contractură tonică prelungită, în care imobilitatea toracelui duce la oprirea ventilaţiei pulmonare. Sînt interzise zgîlţîirea bolnavului, pălmuirea, stropirea cu apă rece, care nu fac decît să mărească starea de excitaţie. Nu se va forţa să primească nimic pe gură (pericol de asfixie prin aspiraţie). Dacă este febril, se poate pune un supozitor cu Aminofenazonă L. În cazul unui sugar sau copil mic şi dacă există posibilitatea, se poate introduce într-o baie caldă (are efect calmant), turnîndu-se treptat apă rece la celălalt capăt al băii, pentru ca printr-o răcire progresivă, să se obţină scăderea temperaturii. Tratamentul medicamentos revine însă numai personalului de specialitate medico-sanitar.

Dr. *MIHĂILESCU VLADIMIR*
Clinica de pediatrie, Spitalul „Fundeni"



GAMAGLOBULINELE

INDICAŢIILE LOR ÎN PEDIATRIE

În ultimul timp, din ce în ce mai mulţi părinţi se adresează medicilor pediatri cu dorinţa de a prescrie copiilor lor gamaglobulină, medicament pe care mulţi îl consideră un panaceu universal. Aceştia solicită medicamentul „miraculos" nu numai pentru tratarea tuturor bolilor infecto-contagioase, a răcelilor de sezon, ci chiar pentru a fortifica organismul debilitat al unor copii.

Avem convingerea că, după cum există modă în multe domenii, tot aşa, şi în medicina copilului, moda actuală o constituie gamaglobulina.

Ce sînt de fapt gamaglobulinele şi ce rol au acestea pentru sănătatea copilului?

Este binecunoscut de toată lumea că între organismul uman şi germenii infecţioşi cauzatori de boli (virusuri, bacterii, ciuperci) există o luptă crîncenă, din care, în marea majoritate a cazurilor, organismul uman, uzînd de multiplele sale posibilităţi de apărare, reuşeşte să învingă agresiunea infecţioasă. Din complexul factorilor de apărare antiinfecţioasă, rolul cel mai important este deţinut de prezenţa în sînge a acelor factori specifici de apărare, denumiţi anticorpi.

In fapt, anticorpii sînt mici particule proteice, extrem de fine, invizibile la orice examinare microscopică şi ultramicroscopică, cuprinse în fracţiunea gamaglobulinelor din sîngele oricărui individ, sănătos sau bolnav, tînăr sau vîrstnic. Gamaglobulinele sînt deci fracţiuni ale proteinelor sanguine care conţin anticorpi îndreptaţi împotriva celor mai mulţi germeni infecţioşi (în special microbieni). Aşa este cazul anticorpilor antidifterici, antitifoparatifici, antipertusis (contra tusei convulsive), apăruţi fie în urma îmbolnăvirii copiilor de bolile sus-menţionate, fapt cunoscut sub denumirea de „imunizare activă", fie prin introducerea din afară, de la alţi indivizi, odată cu serurile ; vorbim, în acest caz, de „imunizare pasivă". Vaccinările determină şi ele o „imunizare activă", vaccinul introdus declanşînd în organism, dar la o scară redusă, fenomene asemănătoare celor ce se petrec în timpul unei îmbolnăviri.

Fie că un organism s-a imunizat prin boală, fie prin vaccinare, în momentul în care o persoană ia contact cu un bolnav suferind de o boală infecţioasă, chiar dacă s-a produs contaminarea cu germenii infecţioşi de la acesta, organismul se dovedeşte rezistent, adică a devenit „imun". Factorul specific care conferă această imunitate sînt gamaglobulinele, cu rol de apărare antiinfecţioasă, denumite din acest motiv „imunoglobuline".

Mult discutatul medicament cunoscut sub denumirea de „Gamaglobulină" nu este altceva decît un concentrat de gamaglobuline — implicit şi de anticorpi — obţinut din sîngele unor donatori, de obicei de vîrstă adultă şi care în cursul vieţii s-au imunizat activ sau pasiv împotriva multor germeni infecţioşi (virusuri sau bacterii) şi ai căror anticorpi reziduali vor fi capabili să confere o imunitate, cel puţin parţială şi de scurtă durată, celor ce primesc un asemenea medicament.

Imunitatea conferită de anticorpii aduşi în organism odată cu Gamaglobulina este însă eficientă numai pentru o perioadă de 14—21 de zile şi numai contra unor germeni cauzatori de îmbolnăviri. Dacă agentul patogen persistă în organism mai mult de 21 de zile, administrarea de Gamaglobulină trebuie repetată după 20 de zile, pînă cînd se obţine un rezultat bun.

Forma cea mai utilizată de Gamaglobulină este cea standard, în soluţie de 10% şi, mai rar, de 16%, pentru administrare intramusculară.

În afara Gamaglobulinelor standard, ori de cîte ori se urmăreşte obţinerea unui anumit tip de anticorpi şi în titru ridicat, deci cu specificitate restrînsă, se folosesc Gamaglobulinele hiperimune (monovalente), obţinute de la donatori de sînge care au fost imunizaţi sigur împotriva agentului vizat, fie prin boală, fie prin vaccinare. Astfel de preparate se produc astăzi într-o gamă variată şi se utilizează atît în scop preventiv, cît şi curativ. Dintre acestea, cel mai frecvent utilizate sînt : Gamaglobulina antipoliomielitică, antipertusis (contra tusei convulsive), antioreion, antivariolă, antirujeolă etc.

În cazuri cu totul particulare şi numai atunci cînd s-a constatat un deficit exclusiv al unei fracţiuni a imunoglobulinelor (imunoglobulina A sau M), se utilizează gamaglobuline îmbogăţite în Ig A sau Ig M ; utilizarea lor este însă restrînsă, pe de o parte de indicaţiile reduse, iar pe de alta, de dificultatea obţinerii lor sub formă de medicament.

Principala indicaţie a utilizării Gamaglobulinei o constituie un grup de tulburări ale imunităţii, întîlnite extrem de rar în practica medicală, denumite „sindromul lipsei de anticorpi", înţelegîndu-se prin aceasta o deficienţă înnăscută sau cîştigată în secreţia de anticorpi (deci de imunoglobuline), situaţie ce pune bolnavul în imposibilitatea de a se apăra împotriva agresiunilor infecţioase. Utilizarea Gamaglobulinei în astfel de cazuri este indicată pe toată durata vieţii bolnavului, administrarea efectuîndu-se la un interval de 21 de zile. În afara deficitului ireversibil de imunoglobuline întîlnit la unii bolnavi, mai există şi o serie de stări de deficit de gamaglobuline (hipogamaglobulinemiile secundare), care se instalează consecutiv unor cauze bine conturate, cum sînt :

— arsurile grave ; la nivelul arsurii, prin zemuirea continuă se pierde plasmă şi odată cu ea şi gamaglobuline ;

— unele boli renale, în care se pierd prin urină gamaglobuline ;

— diareele cronice, cu pierdere intestinală mare de proteine și implicit și de gamaglobuline ;

— unele boli maligne (neoplazii), care tulbură sinteza proteinelor, în general, și a gamaglobulinelor, în special.

Administrarea Gamaglobulinei este indicată la nou-născut (copilul în prima lună de viață) și la sugar (copilul aflat în primul an de viață), în situația în care s-a constatat că zestrea de anticorpi moștenită de la mamă a fost consumată în primele luni de viață, iar sinteza proprie întîrzie să apară ; este așa-numita fază de hipogamaglobulinemie tranzitorie sau fiziologică a sugarului. Dacă în această perioadă survin unele îmbolnăviri severe, în afara tratamentului medicamentos, se vor utiliza cu succes una sau mai multe administrări de Gamaglobulină standard sau, la nevoie, Gamaglobulină specifică, îndreptată împotriva unei anumite boli infecto-contagioase.

O mai largă utilizare își găsește Gamaglobulina în prevenirea unor boli contagioase în perioada copilăriei. Fie că este vorba de unele boli produse de virusuri (oreion, rujeolă, hepatită epidemică, poliomielită), fie de bacterii (tetanos), Gamaglobulina specifică este capabilă, administrată după contactul copilului cu un bolnav și înainte de apariția primelor semne clinice de boală, să prevîntîmpine apariția bolii. Dacă boala s-a declanșat rapid, administrarea de Gamaglobulină specifică poate să transforme evoluția bolii dintr-o formă obișnuit gravă și cu riscul de complicații, într-o boală ușoară și fără consecințe severe. Acesta este cazul rujeolei și hepatitei epidemice. Gamaglobulina antivaricelă și anti-zona zoster este extrem de utilă, în special la copiii care fac tratament cu medicamente imunosupresoare pentru boli severe (leucemii, tumori maligne, nefroze) și care au fost contacți cu bolnavi de varicelă. În acest caz, Gamaglobulina reușește să prevîntîmpine boala, care ar putea evolua extrem de grav. Gamaglobulina antirujeolă este eficientă dacă se administrează în primele 5 zile de la contactul infectant ; durata imunității este însă numai de 21 de zile. Cea antioreion are însă o eficiență profilactică scăzută ; este totuși indicată la copii în perioada adolescenței, cînd există riscul unor complicații severe ale organelor genitale, determinînd uneori sterilitatea definitivă, prin distrugerea zonelor spermatogenetice din testicule.

Gamaglobulina antirubeolă este mai puțin indicată la copii, rubeola fiind o boală foarte ușoară și lipsită de riscuri evolutive. În schimb, este indicată femeilor gravide care nu au făcut boala în antecedente, prevîntîmpinîndu-se în acest mod apariția unor grave malformații oculare și auditive la nou-născut.

Gamaglobulina antivariolică se recomandă în special la copii trecuți de vîrsta de 2 ani, care se vaccinează antivariolic ; administrîndu-se după 24 de ore de la vaccinare, gamaglobulina nu împiedică instalarea imunității antivariolice, prevenind și riscurile imediate, deloc neglijabile, ale vaccinării.

Un loc aparte ocupă Gamaglobulina în profilaxia hepatitei epidemice. În timp ce în hepatita de tip A sînt indicate și eficiente doze de 0,5 ml/kilocorp de Gamaglobulină standard, în hepatita de tip B se dovedește utilă Gamaglobulina specifică antihepatită, administrată în aceeași doză.

Dacă administrarea Gamaglobulinei se face cît mai aproape de presupusul contact infectant, riscul apariției bolii este

considerabil scăzut ; așa se explică faptul că într-o colectivitate de copii care au fost contacți de hepatită epidemică, numai un număr foarte redus de copii fac boala.

În ultimul timp, Gamaglobulina își găsește o nouă indicație : bolile alergice. S-a demonstrat că Gamaglobulina posedă și un efect antihistaminic, împiedicînd descărcarea în sînge a histaminei (substanță secretată de o serie de celule specializate), responsabilă de apariția unor manifestări alergice (astm bronșic, rinite, dermatoze alergice etc.).

Dacă în cele mai multe cazuri utilizarea terapeutică a Gamaglobulinei se dovedește utilă, există însă și situații în care apar o serie de incidente sau accidente, de care trebuie ținut cont în practica medicală. Deoarece Gamaglobulinele sînt fracțiuni proteice, ele pot declanșa reacții ușoare de intoleranță (grețuri, vărsături) sau forme grave (alterarea stării generale, edeme generalizate, tulburarea conștienței, comă), uneori chiar mortale.

Administrarea repetată și pe timp îndelungat a Gamaglobulinei poate duce la o deprimare a sintezei proprii de gamaglobuline, sinteză pe care organismul uman o asigură în tot cursul vieții. Diminuarea sintezei de gamaglobuline implică și diminuarea titrului de anticorpi, deci o rezistență antiinfecțioasă scăzută.

În rare cazuri, Gamaglobulina declanșează, după repetate administrări, producția de anticorpi antigamaglobulină, traducerea clinică a acestei stări fiind apariția de accidente anafilactice (de intoleranță) grave ; în cazuri mai puțin severe, anticorpii apăruți duc la inactivarea Gamaglobulinei administrate, deci la ineficiența ei terapeutică.

Din cele prezentate putem conchide că Gamaglobulinele constituie unul din mijloacele terapeutice importante în lupta pentru preîntîmpinarea sau vindecarea multor boli determinate de germeni infecțioși (virotici sau bacterieni), dar utilizate în mod judicios, administrate la momentul oportun, în doze optime, ținîndu-se cont în permanență și de riscurile pe care le comportă această terapeutică.

DR. *OCTAVIAN POPESCU*
medic primar, Spitalul de copii „Caraiman"

OPTICA COBAIULUI

Un șoarece — cobai
într-un laborator —
Le spuse alor săi,
din neamul rozător :
— Cum am făcut ? spun sincer,
și eu mă minunez !
Dar reușit-am, iată,
pe doctor să-l dresez :
De cîte ori pe o clapă apăs
cu a mea rînză,
El iute mă servește cu mici
bucăți de brînză.

ION VULPESCU

Norme fiziologice optime pentru activitatea școlară

Organizația Mondială a Sănătății recomandă pentru durata activității școlare dintr-o zi norme care limitează această activitate la 3 ore pentru elevii în vîrstă de 8 ani, $4^1/_2$ — $5^1/_2$ ore pentru cei de 10—12 ani, 6—$6^1/_2$ ore pentru elevii de 13—15 ani și 7 ore pentru cei de 17—18 ani.

Activitatea în clasă are randament mai bun dimineața ; 2 ore de activitate după masă obosesc cît 4 ore de lucru dimineața.

Normarea fiziologică a duratei activității școlare dintr-o zi trebuie să aibă în vedere durata activității în clasă și durata pregătirii temelor acasă.

Norme fiziologice optime pentru durata activității în clasă

Au fost efectuate studii sistematice referitoare la stabilirea normelor fiziologice privind durata activității în clasă și durata unei lecții. Astfel, este indicat ca lungimea lecțiilor să nu depășească 30' pentru clasele I—II și 40—50' pentru clasele mai mari.

Cercetările psihofiziologice de la noi au arătat că după 3—4 ore de activitate la școlarii din clasele I—IV și după 5 ore la cei mai mari (clasele V—XI) scade intens capacitatea de lucru, reflectîndu-se în următoarele manifestări : se alungește latența reacțiilor motorii la stimulii senzoriali și verbali ; scade capacitatea de diferențiere a calității stimulilor ; se tulbură raportul de adecvanță dintre intensitatea stimulilor și a reacțiilor ; se reduce posibilitatea de păstrare în memorie a cuvintelor sau a simbolurilor ; scade capacitatea de diferențiere a unor categorii gramaticale (morfologice) în favoarea diferențierilor după sensul semantic al cuvintelor.

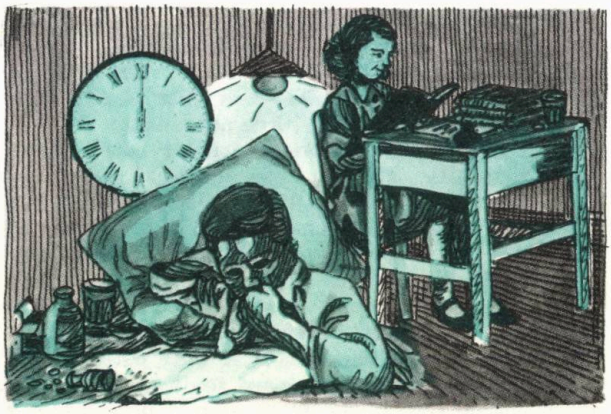
Cele mai multe cunoștințe sînt însușite dimineața între orele 9—11 de către elevii mici, între 9—12 de elevii din clasele mari, iar după amiază, între orele 15—18. Cea mai redusă capacitate de lucru se observă între orele 13—15. Oboseala de la sfîrșitul programului la clasa a IV-a se face simțită chiar și după 4 ore de lucru în ultimele 2 zile ale săptămînii. De asemenea, capacitatea de lucru a elevilor din clasa I scade rapid la cea de a patra oră (de 1,6 ori față de prima oră). Se apreciază că la clasele mai mari, ora a șasea este nepotrivită din punct de vedere fiziologic și pedagogic, deoarece crește numărul de greșeli la probele de lucru cu 58% față de prima oră.

Fenomene asemănătoare s-au constatat și la adolescenți, fie că era vorba de activitatea teoretică, fie de cea practică.

Faptele menționate demonstrează că activitatea școlarilor din clasa I la cea de a patra oră, a celor din clasele II—IV la a cincea oră și a celor mai mari la ora a șasea, are un randament slab și nu oferă condiții favorabile desfășurării normale a procesului instructiv-educativ. În ceea ce privește ora a șasea, chiar dacă aceasta nu cuprinde lecții cu teme de pregătit acasă, prezența ei în orar întîrzie începerea pregătirii lecțiilor și reduce din timpul de somn.

În prezent, este evidentă pentru unele țări tendința aplicării unor norme privind numărul de ore de clasă pe zi, mai apropiate de cele fiziologice. Astfel, într-o anchetă a UNESCO, efectuată în 50 de țări, rezultă că orarele școlare pentru ciclul

elementar au între 20—34 de ore/săptămînă în aproximativ 43 de ţări. Numai în 7 ţări s-au constatat orare cu peste 35 de ore/săptămînă. Demnă de subliniat este prezenţa unor orare de 17—19 ore/săptămînă pentru clasa I în R. F. Germania, Australia, R. S. Cehoslovacă, ceea ce corespunde prescripţiilor igienice moderne.



În baza cercetărilor proprii şi a datelor din literatură apreciem că orarele claselor II—IV nu trebuie să depăşească 24 ore/săptămînă, deci 4 ore/zi, iar la clasa I numărul de ore trebuie să fie redus pînă la aproximativ 18—20 ore/săptămînă, adică la 3—4 ore/zi. În schimb, la clasele IX—XI nu trebuie să depăşească 30 de ore/săptămînă, adică 5 ore/zi, iar la clasele V—VIII se poate accepta un număr de ore săptămînal intermediar, de aproximativ 25—28 de ore (4—5 ore/zi).

Norme fiziologice optime privind durata pregătirii lecţiilor acasă

Componentă obligatorie a regimului de activitate şcolară, pregătirea lecţiilor acasă poate să devină, în condiţii de nesupraveghere a copiilor, de aglomerare a lor cu teme şi de situarea nepotrivită a acestei activităţi în timpul zilei, un factor de supraîncărcare a elevilor.

Durata pregătirii lecţiilor este dependentă de numărul de obiecte din orarul zilnic, de gradul de dificultate a temelor şi de stilul de lucru al elevilor.

Sînt pedagogi care recomandă a nu se da elevilor din primele clase teme de pregătit acasă. Se apreciază că timpul care trebuie afectat pentru aceste sarcini variază de la 1 oră pînă la 3 ore /zi, în funcţie de vîrstă.

Timpul prelungit pentru pregătirea lecţiilor prejudiciază timpul destinat pentru odihnă activă şi somn. Cauza principală a acestui fenomen o constituie volumul mare de teme pe care elevii trebuie să le pregătească acasă.

Din observaţiile specialiştilor, factorii care determină pregătirea unui volum însemnat de teme acasă sînt : deficienţe ale modului de repartizare a temelor de către cadrele didactice (se dau elevilor să pregătească teme numeroase, dificile, fără ca fiecare profesor să aprecieze şi să dozeze ponderea sarcinilor pe care le prescriu, în raport cu suma sarcinilor elevilor de la toate disciplinele zilei respective). Pe de altă parte, un rol însemnat se atribuie şi volumului mare de materiale prevăzut de programele de învăţămînt şi de manualele didactice.

Dată fiind această situaţie, se impune o mai mare grijă a cadrelor didactice pentru repartizarea echilibrării pe materii şi zile de lucru a temelor, aşa încît efectuarea lor să nu depăşească în nici o zi 1—2 ore pentru elevii mai mici, şi 3 ore pentru elevii mai mari. Programele de învăţămînt trebuie astfel dozate încît să permită respectarea normelor fiziologice pentru activitatea de clasă şi de studiu individual al elevilor.

Timpul pentru somnul de noapte

Nevoile de odihnă prin somn sînt mai mari pentru copii şi adolescenţi decît pentru adulţi. Normele pentru durata somnului şcolarilor au fost stabilite de pediatri şi igienişti la valori cuprinse între 11—12 ore la cei de 7 ani şi 9 ore la cei de 18 ani.

De asemenea, s-a putut demonstra o legătură între durata şi calitatea somnului şi randamentul şcolar şi comportamentul elevilor. Din statisticile efectuate s-a putut constata că somnul este neodihnitor pentru 6% din elevii claselor mici şi 20% din elevii ultimelor clase. De asemenea, s-a notat un procent important de elevi cu somn agitat şi cu dificultăţi de adormire.

Este evident că în cazurile în care durata zilnică a activităţii şcolare depăşeşte normele fiziologice, se scurtează timpul pentru odihnă prin somn. Datorită acestor motive, foarte puţini copii se pot odihni la amiază.

Cercetările efectuate de noi au arătat că durata somnului este redusă mai ales din cauza unei defectuoase organizări a regimului zilnic. Într-o anchetă realizată în urmă cu cîţiva ani, se arăta că pentru ultimele clase o proporţie importantă (80—90%) din elevi semnalau ore mai puţine de somn decît normele menţionate, fenomen prezent şi la clasele mai mici, dar în măsură mai redusă (10—33%). Somnul este redus mai ales la elevii din clasele X—XII, care au ora de sculare prea matinală şi cea de culcare tîrzie. Ora de culcare tîrzie a elevilor se datoreşte şi faptului că unii elevi din clasele care învaţă după amiază pregătesc o parte din lecţii seara sau urmăresc programele de televiziune şi radio.

Cercetări făcute în numeroase ţări arată locul important pe care-l ocupă spectacolele de televiziune în timpul liber al elevilor şi consideră excesul de vizionare drept factor de suprasolicitare (O.N.U. — Rapport sur l'enfance, 1971).

Reducerea timpului de somn împiedică refacerea fiziologică după efort a elevilor şi poate determina cumularea fenomenelor de oboseală, ceea ce duce la reducerea capacităţii de lucru şi la suprasolicitare nervoasă. Pentru remedierea acestei situaţii, este necesară respectarea normelor fiziologice de activitate şi o organizare mai judicioasă a timpului elevilor acasă.

Normarea duratei activităţii teoretice şi practice pentru adolescenţii din şcolile profesionale

Capacitatea de efort fizic a adolescenţilor (sub 18 ani) fiind mai redusă decît a adulţilor, iar rezistenţa diminuată la influenţa unor noxe profesionale, cum sînt : noxele chimice, praful, zgomotul şi vibraţiile, temperaturile crescute şi scăzute, justifică grija pentru dozarea efortului adolescenţilor, care se instruiesc în ateliere şi întreprinderi,faţă de nocivităţile menţionate.

Durata practicii pe săptămînă în şcolile profesionale este destul de diferit normată în diversele ţări, fapt determinat de lipsa unor date suficiente de fiziologia muncii adolescentului. Astfel, în R.F.G., aproximativ 34% din adolescenţi lucrează peste 48 de ore săptămînal, atît în industrie, cît şi în agricultură.

Cercetările efectuate de noi au arătat că după 5 ore de activitate în atelier se produce o alungire a latenţei reacţiilor motorii, atît pentru semnalele optice, cît şi pentru cele verbale, cu circa 18%, şi o creştere a numărului erorilor de diferenţiere cu peste 20%, ceea ce se traduce printr-o alterare pronunţată a capacităţii de prelucrare a materialului informaţional din mediul de muncă. Orarul de 8 ore de muncă este obositor pentru adolescenţi, chiar atunci cînd programul este fragmentat, adică 5 ore dimineaţa şi 3 ore după-amiază. În aceste condiţii, s-a constatat reducerea preciziei mişcărilor, reflectată în creşterea erorilor cu 20%, ceea ce ar favoriza imprecizia la lucru şi riscul de accidentare. Normele fiziologice optime pentru durata activităţii practice a adolescenţilor în producţie sînt de 5 ore în anul I, 6 ore în anii II—III şi 6—7 ore în anul IV, iar durata zilei de lucru teoretic nu trebuie să depăşească 5 ore pe zi şi 2—3 ore pentru pregătirea temelor. Desigur că în condiţii de temperaturi înalte, de noxe chimice, zgomot şi vibraţii durata zilei de lucru va fi redusă sub 5 ore pe zi.

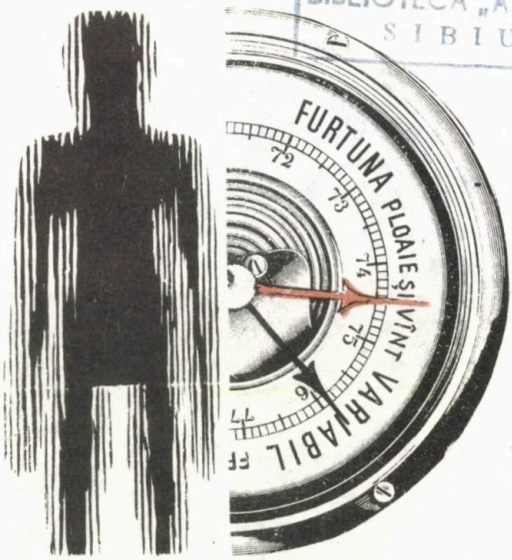
PROF. DR. **GH. TĂNĂSESCU**

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

ELECTRICITATEA ATMOSFERICĂ

și organismul

ING. **SIMION MORARU**



Atmosfera terestră, mediul natural al existenței umane, este în același timp și locul de desfășurare al unei palete largi de evenimente fizice, chimice, electrice, radioactive etc., între care manifestările vizibile ale fenomenelor electrice îmbracă cele mai spectaculoase forme, cum sînt, spre exemplu, succesiunile de fulgere violente ce însoțesc furtunile de vară sau splendidele aurore boreale.

La baza tuturor fenomenelor electrice stau ionii mici pozitivi și negativi, respectiv acele molecule din compoziția aerului care au pierdut sau, dimpotrivă, au primit în structura lor intimă un electron, ceea ce le conferă cu totul alte proprietăți decît au restul moleculelor neutre.

Cauzele care provoacă ionizarea straturilor mai joase ale atmosferei sînt foarte numeroase, însă sursa principală o constituie **radiațiile corpusculare și electromagnetice solare.**

Astfel, **radiațiile corpusculare** (sau vîntul solar), care constau din nuclee de hidrogen expulzate cu mare viteză din soare, pătrund adînc în atmosfera rarefiată, însă la o înălțime de circa 15—25 km întîlnesc straturile de aer mai dense, unde se opresc, formînd cascade de ioni, a căror densitate maximă a fost găsită la o altitudine de circa 15 km la ecuator și numai de 5 km la pol. De aici aceste molecule ionizate sînt transportate spre suprafața planetară fie de curenții rapizi descendenți reci, fie de liniile de forță ale cîmpului aeroelectric generat de dipolii norоși.

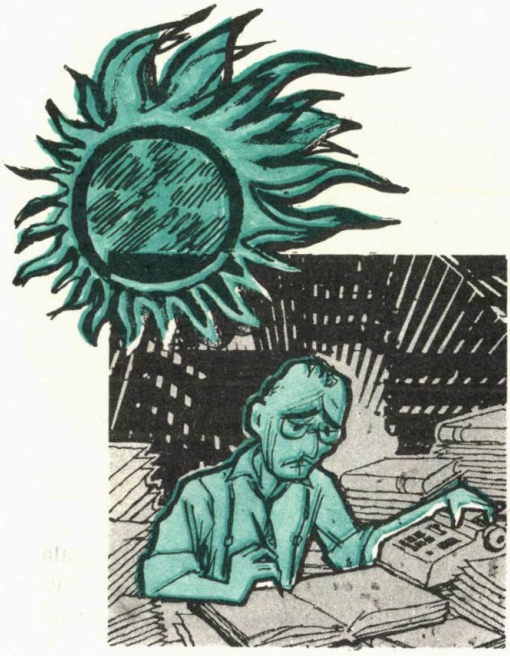
La rîndul lor, **radiațiile electromagnetice solare moi,** adică cele infraroșii și luminoase, care nu au energia necesară să ionizeze direct aerul, facilitează în schimb alt fenomen fizic, generator de ample evenimente electrice, și anume, prin încălzirea apei de pe marile întinderi ale oceanelor, accelerează evaporarea moleculelor din stratul superficial, transformîndu-se ulterior în nori.

Cercetările au arătat că cea mai mare parte din particulele existente în vaporii de apă sînt, de asemenea, ioni pozitivi și negativi, iar pe măsura formării unui nor aceștia se separă, ionii negativi rămînînd la baza lui în timp ce ionii pozitivi urcă mai rapid și se adună spre vîrf, astfel că în final norul se transformă într-un dipol electric, care generează în jurul său un puternic cîmp de forțe de atracție electrostatică, denumit cîmp aeroelectric.

Desigur că nici ionii atmosferici și nici cîmpul aeroelectric nu sînt fenomene vizibile, în schimb prezența lor poate fi determinată cu ajutorul aparatelor special concepute în acest scop.

În felul acesta s-a ajuns la concluzia că numărul de ioni mici oscilează între 80—100 ioni/cm^3 și 3 500—4 000 ioni/cm^3, variația cantitativă avînd un caracter ciclic în cursul aceleiași zile, pe durata unui an calendaristic și pe întinderea unui ciclu de activitate solară.

32575



De asemenea, cîmpul aeroelectric generat de un nor măsoară în mod curent la nivelul solului între 1 000 și 30 000 volți/m, însă în mod excepțional norii grei de furtună pot genera un cîmp de pînă la 100 000 volți/m.

Faptul că în atmosferă există particule încărcate cu electricitate și că ele reprezintă un element motor al vieții pare să fie cunoscut în practica medicală de foarte multă vreme.

Spre exemplu, medicii din China sau India antică considerau că atmosfera terestră este nu numai un element material aparținînd planetei, dar în compoziția sa se află și o forță de origine „celestă", în sensul unei energii vitale. Mai mult decît atît, în tratatele care s-au păstrat se susține că în cursul dimineții energia aerului scade, deoarece radiațiile solare sînt reținute de lună, în vreme ce spre seară aceleași radiații sînt reținute de pămînt, astfel că energia aerului crește, ceea ce rezultă și din măsurătorile efectuate în zilele noastre.

Desigur că astăzi, cînd știința și tehnica au făcut progrese uriașe, cunoaștem mult mai multe amănunte despre electricitatea atmosferică și modul în care acționează ea asupra organismului. Bunăoară, știm că aeroionii sînt indispensabili vieții, că ei acționează asupra proceselor vitale ale oganismului și că din ei fiecare organ, fiecare țesut își procură energia prin așanumitul proces de fosforilare oxidativă sau prin „arderile" din interiorul celulelor și anume : în timp ce ionii pozitivi accelerează aceste arderi, ionii negativi, dimpotrivă, le temperează.

În atmosferă au însă loc mari variații atît cantitative, cît și calitative ale aeroionilor, ceea ce face ca în organism să apară modificări funcționale care influențează profund starea noastră fizică și psihică, ritmul activității de zi cu zi, randamentul în muncă.

Cercetările au arătat că cei care muncesc timp îndelungat într-o atmosferă cu un conținut insuficient de ioni, adică sub 200 ioni/cm^3 de aer, devin foarte palizi, acuză o stare de oboseală nejustificată încă din primele ore ale muncii, dureri în regiunea rinichilor sau ficatului, simptome ce devin supărătoare, mai ales în timpul iernii, cînd nici în aerul natural nu sînt prea mulți ioni.

O altă problemă se ridică atunci cînd în atmosferă numărul ionilor pozitivi este mult mai mare decît al celor negativi, așa cum se întîmplă în unele zile cu aer rece și cer senin. În acest caz, se constată o tendință spre enervare, spre agresivitate, se execută mișcări mai rapide decît sînt necesare, corectitudinea deciziilor devine îndoielnică din cauza iritabilității, capacitatea de efort fizic și psihic este ridicată, iar randamentul scade datorită nervozității. În astfel de momente, conducătorii auto suportă mai greu prezența altui vehicul în fața lor, apasă mai tare pe pedala acceleratiei și se angajează mai riscant în depășiri.

O influență asupra organismului se constată și atunci cînd în atmosferă numărul ionilor negativi este mult mai mare decît al celor pozitivi, ceea ce se întîmplă în zilele înnorate. De data aceasta fenomenul are loc invers, adică se instalează progresiv o stare depresivă, nivelul atenției

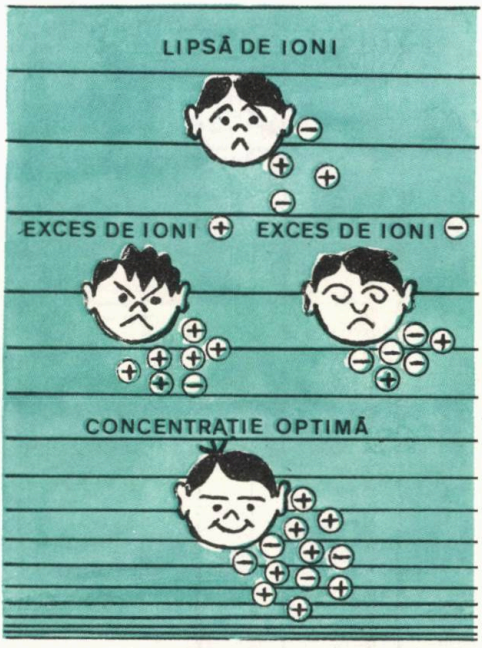


FIG. 1

scade, mișcările se execută cu întîrziere, distanțele se apreciază greșit, se reduce capacitatea de efort fizic și psihic, ceea ce se manifestă prin nevoia de a face pauze numeroase în timpul muncii, ducînd în final la diminuarea randamentului.

Acesta este și momentul cînd un conducător auto poate face erori de apreciere a distanței pe șosea, cu urmări dintre cele mai neplăcute.

Prin urmare, atît lipsa de aeroioni, cît și excesul de ioni pozitivi sau negativi din aerul respirat, au un efect nefavorabil asupra organismului sănătos, punîndu-l în dificultate (fig. 1).

În stadiul actual al cercetărilor s-a ajuns la concluzia că așa cum există o temperatură optimă pentru funcționarea organismului, tot astfel există și o concentrație de ioni optimă, în stare să asigure un echilibru fizic și psihic, care să permită o activitate susținută, cu randament ridicat. O asemenea concentrație începe de la 1 500 ioni mici pe fiecare cm^3 de aer și are în structura sa atît ioni pozitivi, cît și negativi. Este de preferat ca numărul ionilor pozitivi să întreacă pe cel al ionilor negativi cu cel mult 20%, deoarece reprezintă stimulul electrochimic natural al proceselor oxidative din celule.

Referitor la nori și la încărcătura lor electrică, se știe că acel cîmp aeroelectric generat de un dipol noros este alcătuit de fapt din forțe invizibile, cu proprietatea de a atrage sau respinge orice particulă încărcată cu o sarcină electrică liberă. Or, organismul uman conține în structura sa foarte multe tipuri de astfel de particule libere sau slab legate, cum sînt : ionii de hidrogen, sodiu, potasiu, calciu, clor sau ioni complecși moleculari ca aminoacizii, astfel că influența cîmpului aeroelectric asupra organismului apare ca normală. Această influență se materializează, practic, prin stare de moliciune, somnolență, scăderea reflexelor, creșterea timpului de reacție motorie la semnalele acustice sau luminoase, mișcări neeconomice în timpul lucrului, precum și prin dificultate în realizarea sarcinilor de producție.

În cazul persoanelor bolnave, s-a constatat că presiunea cîmpului aeroelectric datorat în special norilor de furtună este foarte puternică, agravînd brusc nume-

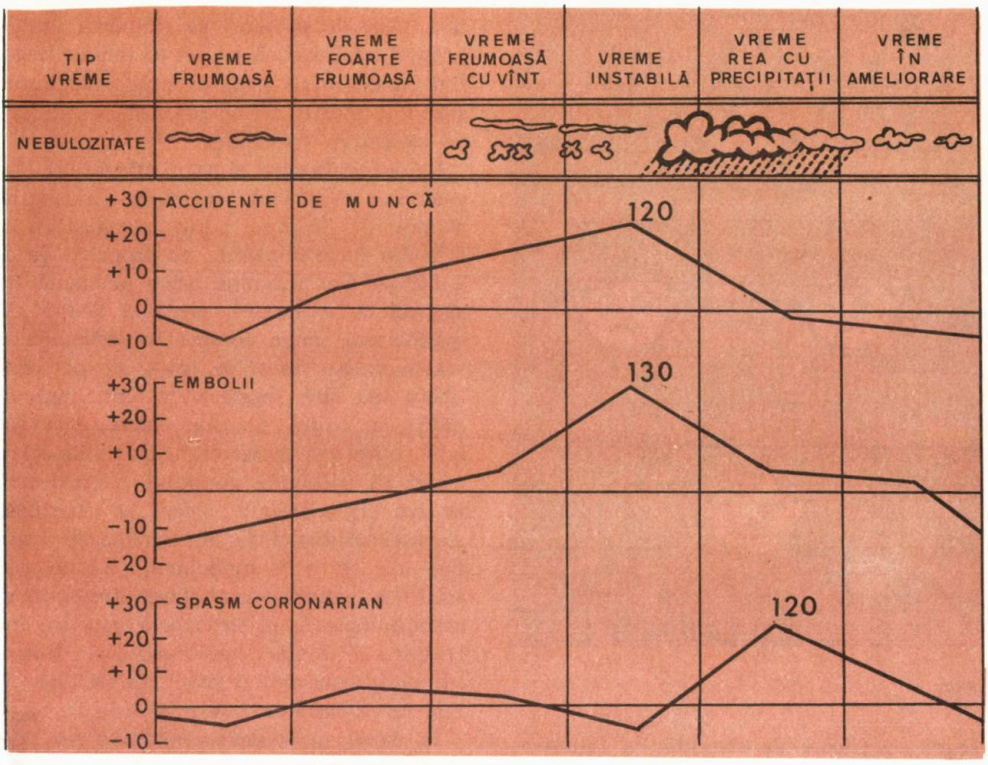


FIG. 2

roase boli, mai ales bolile cardiovasculare.

Statisticile arată că dacă se împart evenimentele meteorologice în șase tipuri, începînd de la vreme foarte frumoasă și pînă la vreme rea, cu precipitații, se observă că pe măsura apropierii unui front cu nori de furtună, mortalitatea prin accidente de muncă crește cu aproximativ 20%, cea datorită spasmului coronarian tot cu 20%, iar mortalitatea prin embolii pînă la 30% (fig. 2).

Dealtfel, știm cu toții că nu totdeauna dispunem de capacitatea maximă de efort fizic sau psihic, iar apropierea unui front de nori constituie un astfel de moment.

Revenind la exemplul conducătorilor auto, trebuie precizat că urcarea la volan a bolnavilor, în special a celor de boli cardiovasculare în asemenea circumstanțe, reprezintă un mare risc, iar apăsarea cu putere pe pedala acceleratiei, în condițiile în care atenția și reflexele sînt diminuate, înseamnă un pericol real atît pentru cel în cauză, cît și pentru ceilalți participanți la traficul rutier.

Dealtfel, în țări ca Anglia sau Franța, situate în imediata vecinătate a oceanului, unde frecvența succesiunii fronturilor de nori este mare, odată cu buletinele meteorologice difuzate prin radio, se amintesc conducătorilor auto și aceste neajunsuri.

Constatăm așadar, că electricitatea atmosferică influențează în bună măsură organismele vii, determinînd modificări din cele mai importante în ceea ce privește starea lor fizică și psihică, iar în cazul celor suferinzi poate provoca agravarea multor boli.

Preferințe literare

Anestezistul : „Să-mi fie somnul lin“ de Mihai Eminescu.
Autopsierul : „Cadavrul viu“ de Lev Tolstoi.
Biologul : „O viață“ de Guy de Maupassant.
Cardiologul : „Inimă vrăjită“ de Romain Rolland.
Dieteticianul : „Sarea e dulce“ de Zaharia Stancu.
Epidemiologul : „Ciuma“ de Alfred Camus.
Farmacistul : „Rețeta fericirii“ de Aurel Baranga.
Geriatrul : „Moș Goriot“ de Honoré de Balzac.
Mamoșul : „Născuți în furtună“ de N. Ostrovski.
O.R.L.-istul : „Nasul“ de N. Gogol.
Ortopedistul : „Călcîiul de fier“ de Jack London.
Pediatrul : „Copiii căpitanului Grant“ de Jules Verne.
Radiologul : „Camera obscură“ de Lloyd Douglas.
Sora medicală : „Salonul nr. 6“ de A. Cehov.
Stomatologul : „Trei dinți din față“ de Marin Sorescu.

V. D. POPA

POATE CONSTITUI

SCIATICA VERTEBRALĂ O URGENȚĂ ?

Prof. dr. REMUS NESTOR
Centrul metodologic de reumatologie, București

Sciatica vertebrală este o suferință a nervului sciatic, care se manifestă printr-o durere de intensitate variată, cuprinde regiunea lombară și iradiază pe unul din membrele inferioare. Cauza acestei boli este un conflict disco-radicular. Sînt situații în care intensitatea manifestărilor dureroase sau instalarea unui deficit motor impune un tratament fără întîrziere. Este necesar să cunoaștem modul de producere a acestei boli, pentru a putea înțelege riscurile sale, precum și tratamentul de urmat.

Nervul sciatic este cel mai lung și mai voluminos nerv al organismului. El prezintă, în principal, două rădăcini : L_5 și S_1, care la originea lor sînt în raport strîns cu discurile intervertebrale. Discul vertebral, care are rolul de a susține întreaga greutate a coloanei vertebrale, este format din două părți : inelul fibros și nucleul pulpos. Acesta din urmă, prin conținutul său bogat în apă și prin forma sa sferică, are capacitatea de a repartiza în mod armonios presiunile exercitate asupra sa. Cu toate că are o mobilitate deosebită, deplasările sale sînt permise numai pînă la o anumită limită, datorită inelului fibros înconjurător.

În situația în care intervin procese de îmbătrînire sau uzură se strică echilibrul armonic existent între nucleul pulpos și inelul fibros. În momentul în care inelul fibros se fisurează și în plus mai intervine și o suprasolicitare mecanică (o mișcare

bruscă de aplecare sau ridicarea unei greutăți), o parte din nucleul pulpos, format din materie gelatinoasă, poate să pătrundă în aceste fisuri, producînd o bombare a periferiei inelului, afectînd astfel rădăcinile nervoase L_5—S_1 ale nervului sciatic, de partea dreaptă sau stîngă. Se produce astfel hernia de disc. Rezultatul este o suferință sciatică vertebrală stîngă sau dreaptă, uni- sau biradiculară. Cînd hernia se produce pe linia mediană (eventualitate mult mai rară), se realizează o sciatică bilaterală.

La acest factor mecanic se mai adaugă un proces inflamator : rădăcinile sciaticului, după ce părăsesc sacul dural, se angajează în găurile de conjugare (adevărate canale osoase inextensibile, cu lungimea de aproximativ 5 mm), fiind însoțite de artere, vene, limfatice și țesut lax. O expunere la frig și umezeală, asociată de un efort fizic, are ca urmare un proces inflamator cu edem și creștere în volum a vaselor și a țesutului limfatic, ceea ce se traduce clinic printr-o durere foarte vie lombară și sciatică.

De asemenea, vasele musculare lombare intervin, realizînd o contractură musculară antialgică, de apărare, care permanentizează mecanismele menționate, generatoare de durere. Se realizează astfel sindromul dureros lombar, cu iradiere în membrul inferior. Intensitatea durerii variază de la un bolnav la altul, în raport cu vechimea afecțiunii, brutalitatea ruperii inelului fibros, care este bine inervat numai la periferie, și cu lezarea rădăcinii nervului sciatic.

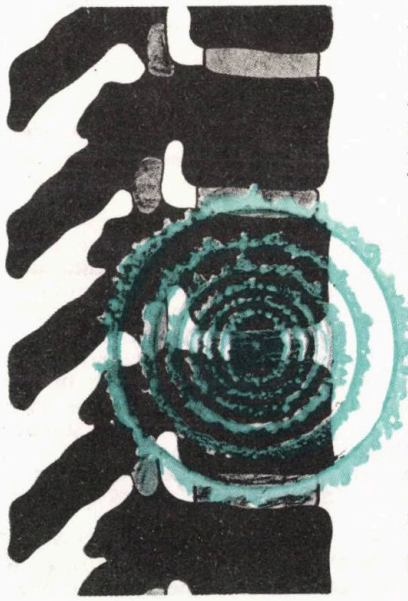
În formele hiperalgice (dureroase), bolnavul este țintuit la pat, durerea exacerbîndu-se la orice tentativă de mișcare.

Boala se manifestă printr-o suferință a coloanei lombare (șale) și a membrului inferior. Apare o contractură a maselor musculare, care poate realiza fie o dispariție a lordozei (scobiturii lombare), fie o deviere (o scolioză) cu concavitatea de aceeași parte sau opusă cu membrul inferior dureros.

Durerea se proiectează pe membrul inferior în mod diferit, în funcție de rădăcina nervoasă interesată: pe fața externă a membrului inferior și laba piciorului sau pe fața posterioară și talpă.

În stadiul subcronic sau cronic, durerea este de intensitate mai mică, uneori fiind însoțită de amorțeli, furnicături, parestezii. Rareori se pot observa contracții fibrilare la nivelul musculaturii.

În cursul evoluției unei sciatici se poate instala un deficit motor de diverse grade, concretizat prin dificultatea bolnavului de a se ridica pe vîrfuri sau pe călcîie. Acesta este un semn care trebuie sesizat prompt, el constituind o urgență chirurgicală.



Pentru precizarea diagnosticului acestor bolnavi, examenul radiologic și cel de laborator sînt de un real folos.

În sciatica vertebrală de origine discală, de menționat este că VSH-ul este normal, iar leucograma, de asemenea. Bolnavul are stare generală bună, este afebril, tabloul clinic fiind dominat doar de elementul durere.

În mod obișnuit, lombosciatica poate debuta în prima săptămînă numai prin suferința lombelor, care rămîne izolată, denumită *lumbago acut*. Inițial, ca mod de producere, are o bombare fără rupere a periferiei inelului discal și nu atinge rădăcina nervului sciatic. Este o suferință mai ușor reversibilă, cedînd în 3—4 zile la repaus la pat și tratament antialgic, dar care este impresionantă prin fenomenele dureroase.

În afară de lombosciatica vertebrală mai există un număr foarte mare de boli care îi împrumută simptomatologia, dar care au cauze foarte variate, comportînd tratamente de specialitate. Acestea sînt lombosciaticele secundare, care apar în morbul Pott lombar, în cancere vertebrale sau metastaze vertebrale, afecțiuni ale micului bazin,

ale rectului, ale prostatei sau în cursul unor boli, cum ar fi : diabetul, gripa etc. Aceste eventualităţi sînt sugerate, pe lîngă semnele bolii de bază, de existenţa febrei, VSH crescut sau prezenţa sindromului radicular fără sindrom vertebral.

Pentru toate formele acute şi pentru sciatica paralizantă (cu deficit motor, chiar frust) se impune o terapie de urgenţă. Repausul absolut la pat este prima condiţie. Nu se va impune, în acest stadiu, o poziţie anume. Bolnavul va fi lăsat să-şi aleagă singur poziţia, fie culcat pe spate cu o pernă sub cap şi genunchi, fie pe o parte.

Se vor administra medicamente cu acţiune antiinflamatorie şi decontracturantă, ţinîndu-se seama de contraindicaţii : boală ulceroasă, insuficienţă hepatică şi renală. Tratamentul va fi condus numai de medic şi orice fenomen advers va fi semnalat acestuia, care va decide asupra medicamentului cel mai bine tolerat.

În cazurile în care, cu toată conduita terapeutică corectă se menţine manifestarea dureroasă, se produc recidive la interval foarte scurt sau se remarcă instalarea unui deficit motor, se ridică problema indicaţiei operatorii de urgenţă.

Putem preveni recidivele, evitînd eforturile intempestive, tonificînd musculatura prin gimnastică medicală, respectînd o anumită igienă a repausului, combătînd obezitatea, luînd măsuri de protecţie a muncii (expunere la frig, traumatisme), precum şi prin corectarea tulburărilor statice.

DURERILE DE UMĂR

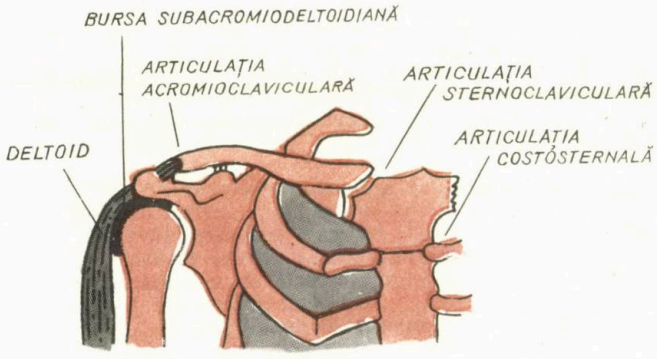
Suferinţele umărului, exprimate atît prin durere, cît şi uneori prin limitarea mişcării, se întîlnesc destul de des, deoarece un număr mare de boli organice viscerale şi reumatismale se manifestă prin afectarea sa. De asemenea, există reumatisme individualizate, particulare umărului, care au legătură cu anatomia şi funcţionalitatea sa specifică.

Anatomic, umărul nu este o articulaţie singulară şi simplă, ci un conglomerat de articulaţii funcţionale, care acţionează sinergic pentru mişcările extrem de complexe ale sale : articulaţia dintre omoplat şi osul humerus, dintre acromion şi claviculă, dintre stern şi claviculă, precum şi joncţiunea dintre omoplat şi torace, deosebit de importantă în realizarea mişcărilor umărului, la care contribuie într-un grad mai mic şi alte articulaţii vecine ca, de exemplu, cele dintre coaste şi stern. La umăr se găsesc, de asemenea, numeroase tendoane ale muşchilor, care îi asigură mobilitatea, o capsulă articulară foarte importantă şi burse seroase, elemente anatomice prin a căror afectare se explică foarte bine o parte din suferinţe. Vecinătatea cu regiunea cervicală — gîtul — zonă de asemenea cu mare mobilitate determină adesea suferinţe asociate ale ambelor regiuni.

Umărul, dotat cu o mare mobilitate pe mai multe planuri, este extrem de solicitat în toate gesturile curente ale vieţii zilnice, în aproape toate profesiunile şi meseriile, în activităţile şi jocurile sportive.

Durerile resimţite la umăr pot reprezenta iradieri cu punct de plecare la nivelul altor organe din torace şi abdomen, cum ar fi : suferinţe pulmonare (frecvent pleurita), cardiace (pericardita, anevrismul), suferinţe ale vezicii biliare, ulcerul perforat, sarcina extrauterină, hernia hiatală, tumori intratoracice şi altele. De asemenea, pot exista la umăr şi dureri iradiate din vecinătate ca, de exemplu, de la coloana vertebrală cervicală, în cazul spondilozei cervicale, spondilitei, nevralgiei cervico-brahiale sau de la alte articulaţii ale membrului superior ca: epicondilita („cotul jucătorilor de tenis"), sinovita pumnului, sindromul de canal carpian etc. Durerile iradiate nu se însoţesc de reducerea mobilităţii umărului, fapt care le distinge de durerile de cauză locală, ameliorîndu-se odată cu suprimarea suferinţei care le-a generat.

În cursul unor boli reumatismale cu caracter poli-



articular acut sau cronic, umărul poate fi interesat concomitent cu alte articulații : în mod acut și pasager, ca în reumatismul poliarticular acut sau cu caracter cronic și recidivant, cu evoluție în puseuri, ca în poliartrita reumatoidă și spondilartrita anchilozantă. În acestea din urmă, interesarea umărului este cel mai des bilaterală. În polimialgia reumatică (reumatism de tip inflamator întîlnit la persoane vîrstnice), suferința umerilor ocupă un loc central, ea depășind ca importanță suferința altor articulații. Alături de durere, limitarea mobilității și redoarea matinală caracterizează suferința umărului în cadrul reumatismelor cu caracter poliarticular. În toate aceste situații, tratamentul care se aplică în general formelor de reumatism menționate duce și la ameliorarea suferinței de la nivelul umărului.

Artroza umărului este mai puțin obișnuită decît artrozele care se întîlnesc la nivelul altor articulații, în special articulații portante (genunchi, șolduri, picioare) sau de la nivelul mîinilor, supuse necontenit la numeroase activități și microtraumatisme. Aceasta se explică prin faptul că activitatea umărului se petrece în „suspensie", într-un fel de tracțiune permanentă, exercitată prin greutatea membrului superior, ceea ce creează o situație privilegiată acestei articulații în privința degenerării și uzurii cartilaginoase, comună în articulațiile artrozice. Mai frecventă este însă artroza la articulația acromioclaviculară, care face parte din complexul anatomo-funcțional al umărului, dar care se manifestă mai puțin zgomotos și răspunde favorabil la tratamentele medicamentoase și fizicale ce i se adresează.

Suferința cel mai des întîlnită la nivelul umărului este însă periartrita scapulo-humerală, denumire care nu-i este proprie, deoarece înglobează mai multe suferințe ce aparțin diverselor structuri din complexul pe care îl reprezintă umărul. De-altfel, în acest caz, este vorba de o suferință a structurilor din afara osului, de la nivelul părților moi. Cel mai adesea este o uzură a tendoanelor (multiple la nivelul umărului), mai ales ale mușchilor rotatori ai umărului și ai bicepsului, fapt care duce la îngreuiarea mișcărilor, pe care le limitează parțial, determinînd o durere cu caracter cronic, dar susceptibilă de acutizări sub influența unor factori diverși (suprasolicitare, frig etc.).

O situație similară se poate întîmpla și la nivelul bursei subacromiale, care poate fi sediul unei inflamații ce generează o suferință acută. Un caracter supraacut îmbracă durerea atunci cînd o calcificare, existentă la nivelul bursei sau al tendonului, irită țesuturile din jur. Durerea fiind prezentă și noaptea produce insomnii, alterarea stării generale și chiar subfebrilități.

Tendinobursitele umărului rămîn suferințele care impresionează cel mai mult prin elementul durere și deci prin scăderea abilității funcționale, dar sînt susceptibile de ameliorare relativ rapidă și stabilă, prin repaus al membrului superior, aplicații de gheață pe umăr (căldura locală este contraindicată !), tratament medicamentos pentru cîteva zile, electroterapie, eventual roentgenterapie.

Există la nivelul umărului și suferințe mai rar întîlnite ca, de exemplu, artrita septică, care poate apărea în circumstanțe particulare sau în tuberculoza umărului. Capsulita retractilă a umărului și sindromul umăr-mînă sînt, de asemenea, suferințe rare, produse prin mecanisme complexe, în circumstanțe variate (după infarct de miocard sau alte suferințe la nivelul toracelui, după unele medicamente, cum ar fi luminalul sau alte preparate antiepileptice, în sindroame parkinsoniene, care apar în

cursul tulburărilor circulatorii cerebrale ale aterosclerozei etc.), cu remisiuni mai lente și care, pentru ameliorare, necesită tratamente complexe și de durată, prevenirea sechelelor și recuperare funcțională.

În sfîrșit, o altă cauză rară de suferință a umărului o constituie ruptura tendoanelor rotatorilor. Uneori, ea este etichetată greșit drept periartrită scapulohumerală și beneficiază numai de tratament chirurgical.

DR. **MARIETA STOICESCU**
Centrul metodologic de reumatologie, București

Sonet de anul nou

Îmi trec prin minte cugetări pribege :
E Anul Nou, prieteni, fericire !
Deci, să sorbim licoarea din potire
Și haideți să petrecem după lege.
Să ridicăm pocalul în iubire,
Un an în plus, în roată să ne lege !
În zori vom zace, suflete betege.

La urma urmelor, se înțelege,
Îndemnul bahic este-ntemeiat.
Să bem acum, precum v-am mai rugat,
Că dacă-i vorba, mîine, tot ne-om drege
Cu Mexaform și cu bicarbonat...

TRAIAN GĂRDUȘ

ConSTatATE

INIMA *Este un organ*
Tare huligan
Și-asta pe dreptate :
Încontinuu bate.

Dacă bagi bine de seamă,
Seamănă c-o epigramă
Și aceasta pentru că
Ustură, dar vindecă. INJECȚIE

TERMOMETRU

Cînd, răcit din cale-afară,
Îl așezi la subsuoară,
Foarte repede vezi, trist,
Că devine alpinist.

Este, sigur, omul care
Se hrănește abuziv
Și la kilograme are
Un stoc supranormativ. OBEZ

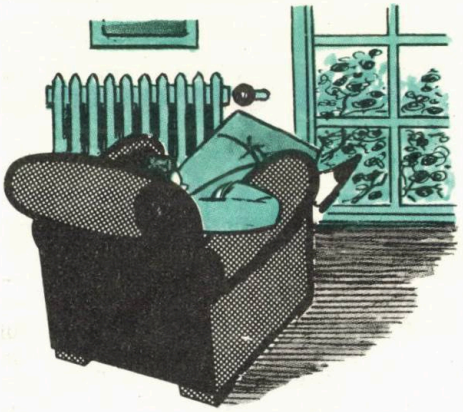
STOMATOLOG

Datorită competenței,
Consecința e firească.
La el chiar și vigilenții
Rămîn niște „gură-cască".

Nu-i deloc ridicul, TARGĂ
Chiar de nu ai vrere
Să mergi cu-n vehicul
De doi inși putere.

V. D. POPA

CONFORTUL TERMIC și sănătatea



ELENA BARNEA
doctor în științe medicale

Originar din teritorii cu o climă tropicală, omul a preferat întotdeauna căldura. În zonele cu climă temperată, iernile au fost mai ușor de suportat, dacă locuința era bine încălzită.

Dar treptat, omul a căzut în capcana plăcerii dată de căldură, ajungînd pe nesimțite să considere o încălzire pe care altă dată cu greu și-o realiza și de care era mulțumit, cu totul nesatisfăcătoare. Și astfel, omul contemporan a transformat spațiul locuinței sale moderne (care, dacă nu dispune de aer condiționat, are cel puțin încălzire centrală) într-o veritabilă baie de aer cald. Și pentru că orice oscilație a temperaturii cu timpul i s-a părut dezagreabilă, el a optat cu ușurință pentru ceea ce se cheamă „un microclimat de seră".

Dar pentru a înțelege ce înseamnă pentru organismul uman confortul termic, este necesar să cunoaștem cîteva noțiuni de bază despre relația omului cu ambianța termică.

Să pornim de la un lucru foarte simplu, cunoscut de toată lumea: omul este un homeoterm, adică își menține temperatura corpului constantă, și anume în jur de 37°. Pentru realizarea acestei homeotermii, organismul trebuie să cedeze permanent mediului înconjurător o cantitate de căldură egală cu cea produsă din procesele sale metabolice, vitale, altminteri s-ar ajunge la creșterea temperaturii corpului, ca în cazul bolilor febrile.

Căldura produsă de o persoană cu activitate de intensitate medie este de aproximativ 2 400—2 800 de calorii în 24 de ore. Prin urmare, zilnic aceste calorii trebuie cedate de organismul omului în mediul ambiant. Cea mai mare parte a acestei călduri (95%) se elimină la suprafața corpului prin intermediul tegumentelor, iar într-o măsură mult mai mică (5%) prin alte modalități ca, spre exemplu, încălzirea aerului care circulă prin plămîni.

Schimbul de căldură care are loc între om și mediul înconjurător se poate produce prin conducție, convecție, radiație și evaporare, într-un sens sau altul, în funcție de raportul dintre valorile parametrilor termici ai omului și ai mediului înconjurător, și anume de la corpul cu temperatură mai ridicată, la corpul cu temperatură mai scăzută.

Cînd temperatura unei camere este nici prea ridicată, dar nici prea scăzută (18—20°), la nivelul tegumentelor *25%* din căldură se pierde față de *aer și obiectele cu care se vine în contact* (prin mecanismul de convecție și conducție), *45%* se pierde față de *suprafețele pereților* (prin radiație) și *25%* prin *evaporarea transpirației* normale de la nivelul pielii, numită perspirație insensibilă. Aceste proporții care există între modalitățile dispersiei căldurii la nivelul pielii trebuie să se respecte, pentru ca organismul să se afle în stare de confort termic. Cantitativ, posibilitățile de pierdere a căldurii pot fi însă variabile, în funcție da caracteristicile termice ambiante. Așa, spre exemplu, dacă aerul sau pereții unei camere sînt prea calzi, pierderea de căldură prin radiație și convecție se produce mai greu, ceea ce face să crească pierderea de căldură prin evaporare. Aproape pe neobservate o persoană care locuiește într-o încăpere prea încălzită elimină cîțiva litri de sudoare pe zi, fapt care aduce inconveniente certe asupra sănătății.

Senzația de cald, manifestată prin încălzirea și roșirea pielii, nu trebuie considerată o stare de bine pentru organism, ci din contră, aceste simptome arată o încordare a unor procese termoadaptative pe care organismul le mobilizează pentru a elimina căldura care ar duce la creșterea

temperaturii sale peste 37°. În aceste condiții se intensifică activitatea inimii, ceea ce duce la o stare de oboseală.

În totalitatea sa, organismul are de suferit de pe urma obișnuinței la căldură. Așa, spre exemplu, intensificarea cantității de sudoare secretată de piele în paralel cu creșterea temperaturii camerei produce o deshidratare a organismului, urmată de creșterea concentrației sîngelui, cu scăderea clorurii de sodiu din sînge și țesuturi. Ca urmare a perturbării echilibrului de săruri din organism apar tulburări de excitabilitate neuromusculară, cu dureri în mușchi, senzație de oboseală, lipsă de forță fizică, iritabilitate psihică etc.

O mare parte a lichidelor din organism pierzîndu-se prin evaporarea transpirației face ca și urina să devină mai concentrată, ceea ce poate duce la iritația rinichilor și a vezicii urinare, urmată adeseori de grefarea microbilor și apariția infecțiilor urinare.

Solicitarea organismului prin expunere la o ambianță cu temperaturi ridicate se repercutează și asupra proceselor metabolice : la început, metabolismul scade, dar pe măsura creșterii temperaturii, se produce o creștere a acestuia.

Senzația de căldură se asociază și cu scăderea funcției optime a scoarței cerebrale. Numeroase experiențe au demonstrat că atît munca fizică, cît și cea intelectuală, dau randamente mai ridicate în condiții de neutralitate termică, în care ambianța nu este percepută de simțuri nici prea caldă, dar nici prea rece. Desigur că pentru unele persoane, temperaturi de 18—20° pot să pară răcoroase sau chiar friguroase, dacă s-au obișnuit cu supraîncălzirea locuinței.

Unul dintre cele mai mari inconveniente ale obișnuinței la temperaturi ridicate este scăderea rezistenței organismului la diferite îmbolnăviri, cum ar fi, spre exemplu, răcelile de sezon. Explicația constă nu numai în faptul că diferența față de temperatura din exterior este prea mare, expunînd organismul la un stres atunci cînd ia contact cu exteriorul, ci și în faptul că temperatura mai ridicată scade rezistența organismului prin diminuarea puterii de apărare împotriva infecțiilor. Prin experiențe de laborator efectuate pe animale expuse la condiții de temperatură înaltă, s-a constatat, printre alte efecte, scăderea acțiunii antimicrobiene a leucocitelor din sînge, care au rolul de a îngloba și distruge microbii.

Aerul prea cald are și dezavantajul scăderii umidității normale a acestuia, devenind prea uscat și dăunător organismului. Sînt favorizate astfel răgușeala, durerea în gît și secrețiile aderente în rinofaringe.

Nici aerul stagnant nu este recomandabil. Curenții de aer cu viteze mici permit o ventilație naturală, care este indispensabilă oricărei încăperi, fiind stimulantă pentru organism.

Cu alte cuvinte, este sanogenetică o ambianță a locuințelor în care se realizează temperaturi neutre (nici prea cald, nici prea rece), o ușoară mișcare a aerului (se admit curenții de aer cu viteză sub 0,5 m/sec.) și o umiditate moderată (de 40—50%).

Variațiile mici ale temperaturii aerului în diferite încăperi ale locuinței sau în cursul a 24 de ore sînt și ele indicate, deoarece stimulează și întrețin puterea de adaptare a organismului la condiții ambiante variate, lucru de care organismul are evident nevoie. Nu putem concepe omul într-o seră, iar tendința unora de a crea în locuință un astfel de microclimat nu aduce decît dezavantaje.

Pentru cei care au locuit timp îndelungat în astfel de ambianțe termice, dezobișnuirea, desigur, nu este ușoară. Ea se va obține treptat, printr-o îmbrăcăminte adecvată, un regim de viață rațional, prin călirea organismului, făcîndu-se zilnic plimbări în aer liber și, mai ales, prin practicarea sistematică a unor sporturi.

SUPURAȚIILE OTOMASTOIDIENE

Prof. dr. *DĂNILĂ CINCĂ*
Clinica O.R.L., Spitalul „Colțea"

Urechea, prin funcțiile pe care le îndeplinește, are un rol deosebit în viața de relație a indivizilor, în integrarea socială a acestora.

Avînd o poziție anatomică în strînsă corelație cu cavitatea craniană, urechea poate fi punctul de plecare al unor boli cu rezultate nefaste atît asupra funcției auditive, cît, uneori, și asupra vieții bolnavului.

Dintre afecțiunile oto-rino-laringologice, supurațiile otomastoidiene ocupă un loc de o deosebită importanță. Afecțiunile supurative inflamatorii ale urechii apar și se exacerbează de obicei în anotimpurile reci și sînt întreținute de o serie de boli ale nasului ca : deviațiile de sept, rinitele cronice hipertrofice, rinitele mucopurulente, polipozele nazale, sinuzitele.

Datorită complicațiilor grave pe care le pot da aceste boli, ele trebuie bine cunoscute pentru a putea fi prevenite și tratate corect. Dintre afecțiunile inflamatorii și supurate acute menționăm otitele catarale acute și otitele medii supurate acute, care debutează prin dureri auriculare, senzație de ureche înfundată și zgomote auriculare. În cazul otitelor medii supurate acute, distingem apariția unor perforații ale timpanului, prin care se elimină secreții seromucoase sau mucopurulente. De aceea, în cazul afecțiunilor supurate auriculare, bolnavul trebuie să apeleze de îndată la medicul specialist, în vederea aplicării unui tratament corect, prevenind cronicizarea și apariția complicațiilor.

În otitele catarale se vor face instilații nazofaringiene cu substanțe vasoconstrictoare și decongestive, instilații auriculare cu Boramid, iar în otitele supurate acute, se vor utiliza antibiotice după prescripția medicului și, cel mai important, va trebui asigurat un drenaj eficient, efectuîndu-se paracenteza timpanului.

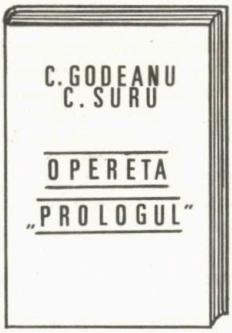
Cînd tratamentul nu a fost respectat de bolnav sau acesta a neglijat să se prezinte la specialist, otita medie se poate transforma în otită cronică, care se recunoaște după persistența supurației auriculare, uneori fetidă, și după atenuarea sau absența semnelor generale ca : febră, cefalee, otalgie (dureri auriculare) etc.

Otita cronică evoluează timp îndelungat, dar poate recidiva cu prilejul unor epidemii de gripă, expuneri la frig, intemperii, al unor stări de anergizare (slăbire a organismului) după alte boli. Această formă de otită poate beneficia de tratament local, toaletă auriculară zilnică sau de tratament chirurgical.

Atît otitele medii supurate acute, cît și cele cronice, pot provoca complicații multiple, unele dintre ele punînd în pericol viața bolnavului. În toate cazurile se observă însă o scădere a auzului, care la început este moderată, fiind vorba doar de o formă de surditate de transmisie, dar după puseuri repetate, această surditate devine de tip mixt, cu repercusiuni grave asupra funcției auditive. În afară de hipoacuzie, bolnavii pot prezenta labirintite, paralizii ale nervului facial, meningite otogene, septicemii auriculare (tromboflebite ale sinusului lateral și cavernos) și com-

plicații endocraniene (abces cerebral și cerebelos). Aceste complicații grave necesită o îngrijire deosebită și un tratament chirurgical de specialitate.

Pentru combaterea apariției otitelor medii supurate acute sau cronice se impun o serie de măsuri profilactice, cum sînt : îngrijirea corectă a guturaielor (a rinitelor), intervenție chirurgicală pe septurile nazale care prezintă aspecte malformative, îngrijirea sinuzitelor, adenoamigdalectomii efectuate mai ales la copii, controlul permeabilității trompei lui Eustache, evitarea intemperiilor etc.



COPERTĂ LITERARĂ

(4, 9; 8, 7)

Aflați prin anagramare numele unui scriitor român contemporan și unul din romanele sale de succes, distins cu Premiul Uniunii scriitorilor.

COPERTĂ LITERARĂ

(5, 7; 6)

Aflați prin anagramare numele unui poet român de mare popularitate și titlul unui volum din creația sa.

CĂRȚI DE VIZITĂ

Aflați prin anagramare specialitatea și localitatea în care profesează fiecare din cei doi doctori de mai jos.

Dr. BÉLA DIMITRIU-PACEA

(5, 8; 6)

Dr. GINA COSTEL MICU-TOMOZEI

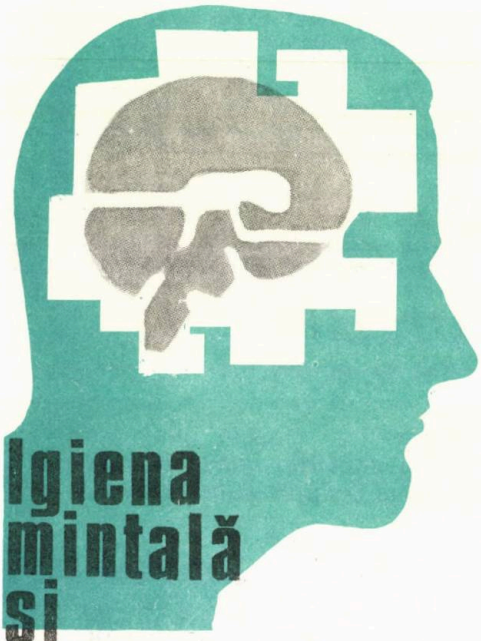
(5, 10; 8)

DE GUSTIBUS

(Metagramă : OXXXX)

Se strînge cu multă muncă
Din florile de pe luncă.
Dar dulceața-i de nectar
Poate-avea și gust amar.

ADAM STOICA



Igiena mintală și echilibrul psihic

În evoluția umanității, modul de viață civilizat a reprezentat o etapă superioară de dezvoltare istorică atît pentru individ, cît și pentru viața socială.

Prin trecerea omului din mediul natural în cel social s-a realizat un uriaș salt calitativ, care a dus nu numai la protecția și progresul individului, dar, așa cum se întîmplă cu toate înfăptuirile sale, această trecere i-a pus spre rezolvare o serie de noi probleme. Dar problema principală, care constituie una din condițiile esențiale ale existenței ființei umane sub toate laturile sale, este *adaptarea*. Adaptarea implică, pe lîngă *asimilarea* factorilor de mediu în care omul își desfășoară activitatea și trăiește, și *acomodarea* individului la totalitatea acestor condiții. Realizarea lor face posibilă integrarea omului în mediul său de viață, într-un cuvînt face posibilă adaptarea.

Este de subliniat faptul că procesul adaptării constituie un raport dinamic între om și mediul căruia el îi aparține, raport supus unor variații prin noutatea evenimentelor care se succed și care implică o mare plasticitate din partea ființei umane.

Acest proces de adaptare, care inițial ne apare ca un raport firesc *om/mediu*, are semnificația unui „conflict criptic", exprimat aparent printr-o acțiune de „modelare" într-un dublu sens : de la mediu către om și de la om către mediu. *Mediul*, reprezentat prin *factorii naturali* (climă, relief, alimentație, resurse naturale, faună, floră, noxe biologice etc.), *factorii sociali* (instituții sociale, norme juridice, structură economică, nivel de tral, relații interumane) și *factorii culturali* (model cultural, tradiții, cutume, credințe, artă, nivel de dezvoltare a cunoașterii științifice, mentalitate, ideologie), exercită asupra individului și a comunității social-umane o acțiune „represiv-modelatorie". La rîndul său, *omul* va acționa asupra acestor factori de mediu, încercînd a-i folosi dirijat, în vederea realizării scopurilor sale, a optimizării acestora și a ajustării lor la nevoile general umane.

Considerată sub acest unghi, viața ne apare ca un continuu echilibru de forțe, care implică un acord între *om* și *mediul* său.

Raportul de bipolaritate reciprocă, existent între factorii de mediu și individ, reprezintă tendința de echilibru, tendință care atunci cînd este împlinită conferă, în egală măsură, echilibrul părților aflate în relație : *om/mediu*. Din această tendință însă, permanent supusă variațiilor, și datorită caracterului antitetic al forțelor aflate în relație, apare conflictul, deoarece fiecare forță urmărește realizarea unei stări de echilibru intern.

Relația om/mediu implică deci două momente posibile : pe de o parte echilibrul părților, iar pe de alta conflictul dintre acestea.

Viața a pus dintotdeauna ființa umană în fața rezolvării acestui „conflict de adaptare", tendința generală fiind aceea a realizării stării de echilibru sub toate aspectele sale. În fața acestei probleme fundamentale a adaptării omului la acțiunea factorilor de mediu, uneori cu rol agresiv, se impune cu necesitate instituirea unor măsuri de ordin protector. Aceste măsuri reprezintă, în accepțiunea modernă, măsuri de igienă și ele se vor constitui în măsuri preventive, de intervenție terapeutică și de recuperare. Domeniul acestora fiind extrem de larg și complex, ne vom referi, restrictiv, la măsurile de igienă menite să asigure starea de echilibru psihic al omului, *sănătatea mintală* a acestuia.

Din cele mai vechi timpuri, ființa umană a aspirat către împlinirea unui model ideal, care să exprime armonia formelor și funcțiilor sale biologice. Acest deziderat al ființei umane presupune și un mare grad de vulnerabilitate.

Complexificarea vieții, factorii de progres și dezvoltare, rapiditatea schimbărilor care au loc implică o antrenare masivă, generală și permanentă a persoanei umane, obligînd-o la un efort continuu de adaptare. Acest efort colectiv, răsplătit cu valorile civilizației și progresului, este, la rîndul său, dublat de *riscul dezadaptării* omului. Factorii de progres, cuprinzînd în acest concept extrem de general multitudinea aspectelor vieții moderne și a ritmului acesteia, au adus importante mutații în structura socială, în modul de viață al omului și în dinamica intimă a vieții psihice a acestuia.

Omul de astăzi, angrenat în comunitatea social-umană, devine în mod obligatoriu un factor activ. El contribuie implicit la evoluția societății și a lui însuși, creînd factorii de progres de care beneficiază atît el, cît și întreaga societate. Acest efort permanent implică o suprasolicitare psihică a individului, un efort de adaptare, care deseori poate eșua sub forma unor dezechilibre psihice, atunci cînd organismul uman nu este pregătit să-l întîmpine.

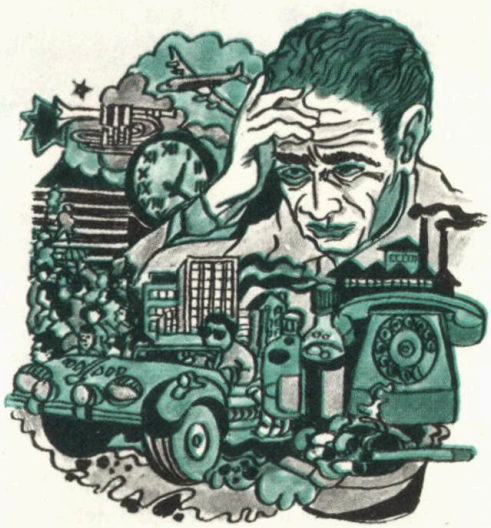
În aceste condiții, cînd factorii de progres se constituie în elemente stresante, cu acțiune morbigenetică asupra echilibrului psihic al personalității umane, se impune instituirea unor măsuri de igienă mintală corespunzătoare, care urmăresc depistarea factorilor de risc morbigenetic din mediu și instituirea unor mijloace de profilaxie, în vederea anulării lor. Acești factori se referă la agenții poluanți, la ritmurile de viață și activitate cu caracter prelungit, monoton sau încordat, la conflictele de orice fel, la oboseala fizică și intelectuală, capabile de a epuiza psihobiologic individul. Paroxismul acestei situații de dezechilibru psihic îl constituie boala mintală, starea de neliniște, angoasa și nevroza, manifestări psihice cu caracter reactiv-exogen, legate în cea mai mare măsură de raporturile contrariante și suprasolicitante dintre aspirațiile umane și factorii stresanți ai mediului.

Se pune întrebarea, în aceste condiții, dacă trebuie să se continue în acest ritm cu dezvoltarea vieții sau să se acționeze în scopul încetinirii sau chiar al suprimării factorilor de dezvoltare și progres ? Problema are însă un caracter major și este de mare importanță pentru viitorul societății și al omului. Nu se poate și nu trebuie să se renunțe la dezvoltare și progres ; acesta este imperativul și caracteristica definitorie a vieții moderne. Nu oprirea sau suprimarea dezvoltării, ci planificarea creșterii acesteia constituie condiția esențială a unui echilibru social uman.

Omul, viața, depind de raportul om/mediu și de rezultatele pe care le oferă acest raport. De aceea, trebuie căutată calea evitării sau anulării conflictului, a acțiunii morbigenetice a factorilor stresanți, în cazul producerii lor.

Factorii de progres urmăresc dezvoltarea societății și a indivizilor ; în esența lor ei nu pot constitui *noxe*, factori morbigenetici. Dezechilibrul care apare nu se datorește acestora, ci raporturilor individului față de acești factori. În aceste condiții, *adaptarea* apare ca un deziderat și un imperativ de prim ordin, legată în special de instituirea unor măsuri de ordin psihoprofilactic.

Igiena mintală individuală urmărește asigurarea condițiilor de psihoprofilaxie a individului, normarea regimului de viață și de muncă, programe de relaxare, odihnă și distracții, dezvoltarea armonioasă și echilibrată a fizicului (prin sport, mișcare, alimentație rațională etc.), precum și a psihicului (prin odihnă, distracții, informații de ordin cultural și profesional, satisfacții, împlinirea aspirațiilor, echilibru emoțional-afectiv pozitiv). De asemenea,



ea urmăreşte asigurarea unor beneficii din partea factorilor de progres şi dezvoltare socială.

Pe de altă parte, igiena mintală colectivă se referă la întreaga comunitate social-umană. Ea are în vedere mediul social, profesional, familial, şcolar, relaţiile interumane, acţiunea factorilor stresanţi, participarea tuturor indivizilor la acţiunea de dezvoltare generală a societăţii.

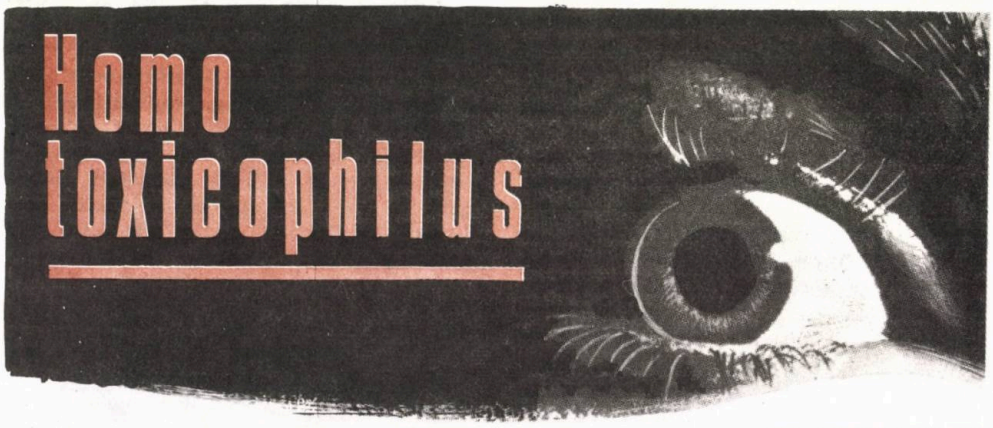
În sensul celor menţionate, igiena mintală apare ca o necesitate a vieţii moderne ; ea nu trebuie considerată ca ceva impus, ci ca o necesitate cu caracter obiectiv, legată de dezvoltarea echilibrată şi armonioasă a fiinţei umane, ca o formă superioară a evoluţiei sociale.

Igiena mintală este chemată să prevină şi să protejeze omul şi grupele umane de factorii morbigenetici cu acţiune nocivă, dar ea nu poate acţiona independent, ci numai conex cu totalitatea măsurilor de ordin socio-cultural, economic, sanitar etc., care concură pe plan social-uman la edificarea unui model de viaţă superioară. Igiena mintală se dovedeşte inoperantă sau ne apare ca o măsură slabă dacă raportul social-uman, prin natura sa, nu constituie un echilibru, ci, mai degrabă, un conflict.

Aspectele fundamentale ale dezvoltării armonioase, plenare, a personalităţii umane la care ne-am referit reprezintă fundamentul conceptului de „societate multilateral dezvoltată", pe care şi-l propune ca scop politica socialistă a patriei noastre. Considerată în această perspectivă, igiena mintală se înscrie ca un important factor medico-social, chemat să contribuie la dezvoltarea personalităţii umane, la progresul întregii societăţi.

DR. **C. ENĂCHEŞCU**
medic primar psihiatru

Homo toxicophilus



DR. **MIHAI PASCU**
Medic psihiatru
Spitalul judeţean Rîmnicu Vîlcea

Cei mai mulţi dintre oameni asociază noţiunea de drog cu aceea de opiu, heroină, morfină etc., realizînd pe plan mintal imaginea dezolantă a degradării umane, atît de caracteristică toxicomanilor. Dar din punct de vedere farmacologic — şi deci cel mai autorizat — drogul este reprezentat de orice substanţă chimică, a cărei acţiune fiziologică asupra organismului poate fi detectată prin mijloace obiective.

În afară de mult discutatul „drog", în vorbirea curentă se foloseşte frecvent şi termenul de „toxic", cu acelaşi înţeles. De aici derivă şi celelalte noţiuni atît de întrebuinţate ca : toxicofilie, toxicomanie.

S-a constatat că există deosebiri nete în ceea ce priveşte acţiunea drogurilor asupra individului. Acest fapt este atestat nu numai de numeroase cercetări ştiinţifice, dar şi de observaţii empirice.

Aproape toată lumea cunoaşte cît de diferite sînt reacţiile celor ce consumă alcool : unii devin agresivi, violenţi, iar alţii, emotivi, trişti, blînzi.

Cu peste 2000 de ani în urmă, Dioscorides — medic şi botanist grec, care l-a slujit pe împăratul Nero — susţinea că Elebora albă — plantă ce se întrebuinţa în vechime în tratamentul nebuniei — n-ar trebui să fie folosită de persoane în vîrstă, tineri slabi, diafani, efeminaţi sau persoane cuprinse de frică. Încă din secolul trecut, Kidd a observat că femeile isterice, nervoase, necesitau cantităţi mult mai mari de eter în scop anestezic.

Observaţiile şi studiile clinice de astăzi atestă clar deosebirea de reactivitate individuală la acţiunea diverselor droguri, statuată ca adevăr fundamental în cercetare, reactivitate ce este net influenţată de personalitatea fiecărui individ. Şi cum personalitatea se formează şi se cristalizează sub influenţa unui complex de factori, vom înţelege mai bine tendinţa naturală, total diferită, de a consuma anumite droguri. În acest sens putem vorbi chiar de un determinism loco-regional. Astfel, cei din ţările calde consumă alcool în cantităţi cu totul insignifiante faţă de locuitorii din ţările nordice, datorită atît climei, cît şi multor interdicţii de ordin religios, perpetuate în decursul multor secole.

Dar tendinţa, atracţia, înclinarea către anumite droguri sau toxice se defineşte în modul cel mai general prin termenul de *toxicofilie*.

În ultimul timp însă, la indicaţiile Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, s-au impus termenii de obişnuinţă, toleranţă şi dependenţă, elemente semantice mult mai clare şi mai precise în ceea ce priveşte definirea intensităţii fenomenelor de toxicofilie.

Obişnuinţa este o stare care rezultă din consumarea repetată a unui drog. Ea se caracterizează prin dorinţa de a folosi respectivul drog pentru senzaţia subiectivă de bine ce o produce. În obişnuinţă nu se constată tendinţa de a depăşi doza, dependenţa fizică (drogul este considerat un element cvasipropriu al organismului) este absentă, iar cea psihică are un grad redus. Cu toate acestea, obişnuinţa exercită efecte nefavorabile asupra individului. În momentul în care apare tendinţa de depăşire a dozei, fără ca individul să-şi impună unele restricţii, putem vorbi de *toleranţă*; ea se poate instala mai curînd sau mai tardiv. În această situaţie, devine caracteristică şi pierderea acţiunii farmacodinamice specifice (morfina, deprimantă, devine euforizantă, iar barbituricele îşi pierd efectul somnifer). Dar continuarea ingerării respectivelor substanţe provoacă modificări şi mai importante, instalîndu-se fenomenul de *dependenţă*.

Aceasta constituie adevărata şi grava toxicomanie. Dintr-o substanţă străină organismului, cu timpul drogul devine un element cvasipropriu acestuia, individul nemaiputînd renunţa la el.

În acest moment, suprimarea folosirii drogului provoacă un adevărat dezechilibru al metabolismului vital. Se produce fenomenul de „foame tisulară, cu tensiune anxioasă insuportabilă, ceea ce duce la nevoia imperioasă de a continua folosirea respectivei substanţe, indiferent de mijloacele prin care se poate obţine. Pregnant se manifestă tendinţa la creşterea dozelor. În plus, există şi un grad mare de dependenţă fizică şi psihică faţă de efectele drogului, care sînt net defavorabile atît asupra individului, cît şi asupra societăţii.

Documente relativ recente ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii vorbesc de dependenţe de tip amfetaminic, barbituric, morfinic etc.

Dar de cînd datează toxicofilia? Cînd primul om a gustat curios din produsul obţinut prin fermentarea strugurilor şi a observat că se simte mai bine, mai curajos, a făcut de fapt primul pas, total inconştient, pe calea toxicofiliei. Substanţa descoperită cu totul întîmplător îl făcea să uite şi de hrană şi de teama de primejdii, care reprezentau pînă atunci primele şi poate unicele sale preocupări. Nu dorim să afirmăm că omul primitiv a fost un alcoolic, dar el a reprezentat de fapt primul toxicoman potenţial.

Privind, de asemenea, către un trecut foarte îndepărtat, vom admite că un alt primitiv, un indian peruvian, a mestecat cu totul întîmplător cîteva frunze ale arborelui de Coca. Stupefiat, a observat că se simte mai bine, mai vioi, dispărîndu-i orice senzaţie de foame sau de oboseală. În clipa în care acel indian a făcut legătura între produsul folosit şi starea obţinută, informîndu-i şi pe ceilalţi membri ai comunităţii sale, avem certitudinea că pe acele meleaguri ale Americii de Sud s-a deschis calea viitoarelor toxicomanii cocainice. În ignoranţa lor totală, acei primitivi ne-au lăsat o moştenire grea — tendinţa de a ne folosi de tot felul de substanţe care să ne modifice starea noastră fizică şi psihică. Aceste înclinaţii au căpătat o importanţă covîrşitoare mult mai tîrziu, în epoca modernă, cînd s-a ajuns, de exemplu, să fie cheltuite anual în S.U.A. 3,2 bilioane de dolari numai pentru procurarea cafelei.

Bolile civilizației

Sfîrșitul secolului al XIX-lea întronează era motoarelor, a căror dezvoltare necontenită caracterizează în cel mai înalt grad epoca modernă, care culminează cu automobilul. Acesta a devenit într-un timp foarte scurt un simbol al vitezei, al poluării mediului și al tensiunii nervoase.

Monștrii pe patru roți sufocă orașe, șosele și deși sîntem conștienți de aceasta, fiecare dintre noi dorește un automobil propriu cu care să se deplaseze mai ușor și mai comod. Și orbiți de nenumăratele înlesniri pe care ni le-au adus automobilele și mașinile în general, nu realizăm

stricarea minunatului echilibru consolidat lent și sigur pe parcursul unor milenii de existență între noi și natură și desigur chiar în propria noastră structură.

Dar prețul cel mai mare pe care îl plătim epocii în care trăim este apariția așanumitelor boli ale civilizației. Ritmul general de dezvoltare a științei și tehnicii pretinde din partea societății o adaptare corespunzătoare noilor condiții create. Dar potențialul uman de adaptare, deși foarte elastic, cu posibilități în general inepuizabile, nu a putut ține pasul cu ritmul metamorfozelor din domeniul industrialismului, pentru care termenul de alert este insignifiant.

Aceste dificultăți de integrare în ritmurile și caracteristicile epocii actuale au vizat, la un moment dat, însăși starea de sănătate a oamenilor, avînd ca repercusiuni apariția într-un timp relativ scurt a „bolilor civilizației", printre care se numără și toxicofilia.

Anxietate și contemporaneitate

Bolile civilizației au apărut deci într-un anumit context psihosocial, cu importanță majoră pentru înțelegerea fenomenului de toxicofilie. Omul modern este, mai mult ca oricînd, nu numai o ființă biologică, dar și una socială, simțind nevoia unei comunicări continue cu semenii săi. El dorește continuu să împărtășească și altora din gîndurile sale și să afle lucruri noi de la și despre alții. Iar cînd orizontul său informațional nu atinge niște parametri necesari, apare un important fenomen dezadaptativ, resimțit subiectiv ca o îngustare a dimensiunilor existenței sale.

În acest caz, starea de nesiguranță este trăită ca anxietate, fenomen considerat de mulți ca o adevărată condiție a existenței contemporane, iar de alții doar ca o modalitate situațional-reactivă la lipsa de informații pe plan psihologic. Paradoxal este faptul că deficitul de informații la care ne referim se manifestă în contextul general al unei explozii informaționale.

Se produce de fapt un decalaj important între cantitatea de informații care crește continuu, într-un ritm rapid, și capacitatea limitată de percepție și prelucrare a acestor date de către sistemul nervos. În acest fel, omul modern nu își mai poate forma o imagine exactă a realității, trăirea sa de bază devine nesiguranța, iar de aici la abuzul de tranchilizante mai este doar un pas.

Stresul

Omul modern este supus unui proces general de solicitare sub toate aspectele, ceea ce îl obligă la o încordare a tuturor mijloacelor de adaptare, pentru a acționa cît mai eficient vis-a-vis de această agresiune a mediului asupra sa. Prin intermediul sistemului nervos și al celui endocrin, organismul se va adapta sau nu acestor solicitări, trecînd prin următoarele faze : de alarmă, de rezistență și de epuizare, atunci cînd organismul și-a epuizat întreaga capacitate de adaptare. Dar efortul de adaptare prelungit peste anumite limite poate duce la o epuizare a energiei necesare unei activități normale a creie-

rului, de unde desprindem concluzia că stresurile puternice, de lungă durată, pot deregla activitatea nervoasă superioară, devenind patologice, cînd apar așa-numitele „boli de adaptare".

Dar contrar unor idei de largă răspîndire, stresul nu mai este considerat ca un simplu agresor. Dimpotrivă, s-a constatat că prezența lui ne este absolut necesară, iar el trebuie privit ca însăși cadența vieții.

Există o poluare psihică ?

În ultimul timp se apreciază tot mai mult că poluarea mediului înconjurător este o problemă a contemporaneității. Efectele civilizației, printre care și unele negative, se fac simțite tot mai mult asupra sănătății oamenilor. Dar în afară de poluarea mediului, mai există și alt gen de poluare, la fel de șocantă asupra omului și care, de asemenea, acționează negativ asupra sănătății sale, îndeosebi asupra tineretului — „poluarea psihică".

Modificările psihofiziologice caracteristice perioadei de creștere induc o accentuată tendință spre independență, urmare a dezvoltării puternice a conștiinței de sine. Fiind în căutarea unui echilibru, a unui drum propriu, tinerii oscilează frecvent între extreme. Și cum la această vîrstă nu au încă discernămîntul necesar de a se orienta corespunzător, sînt furați adesea de aspectele mai „sclipitoare" ale vieții, pierzînd din profunzimea, din siguranța unei conduite rezonabile. Modernismul, emanciparea, reprezintă tocmai alegerea neizbutită a unor „modele" din mediul înconjurător.

Nici pînă acum nu a fost dat încă uitării acel zeu negru al tineretului englez, Jimmy Handrix, mort în floarea vîrstei în urma consumului abuziv de droguri. Iar ca el sînt mii de modele de trist augur pentru tineretul lumii.

Moda beed și hippy își găsesc frecvent admiratori în rîndurile elevilor, studenților etc. Efectul filmelor, al publicațiilor care îmbină violența cu erotismul strident, care cultivă groaza, constituie pentru sănătatea fizică și psihică factori poluanți deosebit de nocivi. Acestora trebuie să li se opună o intensă, susținută și continuă muncă de educare a tineretului în spiritul muncii, al cultului pentru adevăratele valori materiale și spirituale ale omenirii, pentru ca prin această educație eficientă să se diminueze la minimum efectele dăunătoare ale poluării psihice.

Cannon sublinia că tendința fundamentală a organismului este aceea de a-și menține echilibrul. Conform acestei teorii, organismul tinde să-și restabilească echilibrul tulburat temporar de orice variație survenită dinăuntrul sau din afara lui. Acest mult discutat echilibru nu înseamnă imobilitate, stagnare, ci, dimpotrivă, organismul trebuie să posede un anumit grad de adaptabilitate, pentru a putea face față diferitelor situații. Organismul uman face toate eforturile pentru a-și păstra un echilibru cît mai perfect din punct de vedere social, psihologic, biologic etc., dar, uneori, posibilitățile sale naturale de adaptare sînt depășite și atunci apare intervenția utilă cvasifiziologică a drogurilor. De aceea, sutele și poate chiar miile de preparate cu efect hipnotic sînt folosite pe scară largă, în întreaga lume, fie în urma prescripțiilor medicale, fie din inițiativa proprie a indivizilor.

Omul modern se ajută cu cele mai diferite droguri, pentru a face față situațiilor tot mai complexe și de multe ori dificile în care se găsește. În general, se poate vorbi despre o multitudine de factori de ordin social, psihologic, cultural, familial și în ultimă instanță individual, care marchează drumul către toxicofilie.

Este cunoscut faptul că în anumite perioade au existat adevărate epidemii de toxicomanii (în Germania, după primul război mondial, cu cocaină ; în Japonia după cel de-al doilea război mondial, cu amfetamine). Trebuie precizat faptul că niciodată nu se poate ști dacă o substanță duce la toxicomanie, aceasta depinzînd de numeroși factori, dintre care și „structura" individului care include trăsăturile personalității sale. În alegerea toxicului intervin o serie de elemente ca : structura psihologică a individului, contagiunea, moda, posibilitățile de procurare, starea somatică, precum și anumite dificultăți sociale de moment. În clipa cînd se ajunge la toxicomanie, se poate spune că s-a ajuns la capătul unui drum individual sau, mai degrabă, la începutul unui drum de degradare a personalității individului.

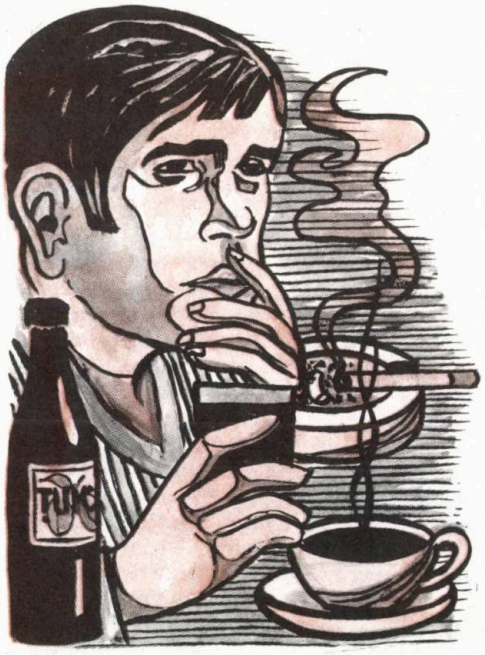
Anual se consumă pe glob mii de tone de medicamente de o diversitate fantastică, fiecare avînd însușirile de a deveni drogul unor toxicomanii. Care este cauza ? Este foarte greu de dat un răspuns ferm, dar se poate spune că omul modern este mai vulnerabil, iar drogurile constituie în multe cazuri remediul cel mai la îndemînă de rezolvare a complexelor probleme de adaptare ce i se pun.

Un tratament de specialitate, ce cuprinde, spre exemplu, tranchilizante, somnifere, tonice, servește din plin la trecerea acestei perioade de adaptare. Un lucru trebuie însă stabilit : dacă se depășește momentul optim cînd medicația poate fi întreruptă fără efecte negative pentru pacient, premisele obișnuinței medicamentoase s-au creat, iar de aici drumul către toxicomanie poate fi deschis chiar pentru aparent banalul Meprobamat sau Luminal. De multe ori, o nouă „criză" apărută la un interval mai mic sau mai mare de timp va impune apelarea la alte droguri, cu doze net sporite și astfel riscul instalării fenomenului de dependență este mai crescut.

Toxicofilia începe la tinerețe !

O analiză amănunțită atestă că viața omului modern este legată de chimia drogurilor. Folosirea abuzivă a toxicelor se situează de obicei în perioada pubertară și apoi în cea adolescentină. Acum apar stări de oboseală nervoasă pasageră, legate de multe ori de un viciu de organizare a activității atît la școală, cît și acasă.

Primele abuzuri de toxice sînt uneori de-a dreptul stupide. Astfel, de exemplu, în locul unui consult care vizează necesitatea purtării ochelarilor la unii tineri ce se plîng de cefalee cronică, începe abuzul de antinevralgice. Și cît de des pseudoneurasteniile, atît de frecvente în perioada primelor „iubiri", se încearcă a fi jugulate cu mari cantități de stimulente ! Tot acum se începe și consumul de cafea, alcool, tutun — mai întîi pe ascuns, apoi cu știrea și, în cele din urmă, chiar cu încuviințarea părinților. Și astfel, tinerii experimentează toate toxicele, în cazurile fericite în care nu se încalcă sumara graniță dintre drogurile mai „uzuale" și cele nocive, la care fenomenele de dependență toxică ating gravitatea maximă.



Toxicofilia azi

Adultul se droghează zilnic cu foarte multe substanțe, dintre care unele sînt folosite în mod curent și în cantități mari de foarte multe persoane (cafea, tutun, alcool). Astăzi, aproape că nici nu mai sînt considerate droguri, ci simple obiceiuri alimentare.

Dar din cele 2—3 cafele cotidiene, la cel puțin jumătate s-ar putea renunța ușor, fără nici un efect nefavorabil asupra organismului, ci dimpotrivă. Pe zi ce trece crește credința omului în tonice cerebrale. Cîți bolnavi, din primul moment de la internare, solicită justificat sau nu cura de vitamine. Dar cafeaua, vitaminele, au devenit total insuficiente ca stimulente cerebrale și atunci marea masă a celor amatori de toxice caută cu înfrigurare să-și procure Lecitină, Meprobamat, Encefabol, Meclofenoxat și chiar fostul de mare vogă Glutacid — simbolul refacerii memoriei, în urmă cu 10—15 ani.

Aceiași indivizi, de multe ori neliniștiți din cauza dificilelor probleme cu care sînt confruntați, consumă cantități industriale de tranchilizante, iar persoane total străine de preocupările medicale vorbesc despre Diazepam, Napoton, Meprobamat, cu o „competență" de-a dreptul stupefiantă.

În timpul din urmă, un simptom dintre cele mai frecvente, acuzat de un număr tot mai mare de oameni, este cefaleea ; așa s-a ajuns la un consum de antinevralgice de peste 4 miliarde tablete anual în Franța și 12 tone în S.U.A.

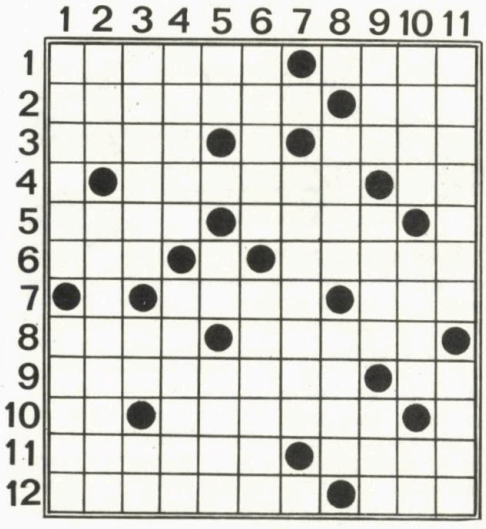
Dar în zilele noastre și insomnia atinge cote din cele mai înalte, astfel că justificarea consumului de somnifere pare asi-

gurată. Dar abuzurile care se fac în această direcție sînt condamnabile. Toxicofilia cotidiană a omului contemporan nu și-a epuizat nici pe departe larga gamă de toxice folosite în mod abuziv. Cantitățile de tutun și alcool, consumate zilnic, ating cifre monstruoase. Dacă s-ar calcula toate cheltuielile făcute pentru tratamentul și complicațiile alcoolismului, suma lor ar depăși totalul încasărilor obținute în respectivele țări din vînzarea băuturilor alcoolice.

Toxicomania tinde să devină o adevărată racilă a lumii contemporane. De aceea, să lansăm un hotărît semnal de alarmă, să ne alertăm cu toții pentru a asana societatea de acest amenințător flagel.

DESPRE SOMN

rebus



ORIZONTAL : 1. Trage la somn... pe malul apei — Specialitate de somn. 2. Somn (fig.) — Loc prielnic pentru somn. 3. Doarme somnul de veci — Somnul copiilor. 4. A fi luat de somn — Cel nou vine într-o noapte... de nesomn. 5. Muscă ce provoacă boala somnului — Comună în Italia. 6. Pronume — Nu-i are somnul. 7. Taifas — Cocoloș. 8. Plutire — Petrolist. 9. Așa cum se recomandă să fie camerele înainte de culcare — Pus pe butuci pentru o simplă spărtură. 10. Toader Somnorilă — Pui de somn. 11. A aplauda — Eroul povestirii „Somn fără vise" de H. Zincă. 12. Cărora li se face curte (fem.) — Vine-n somn.

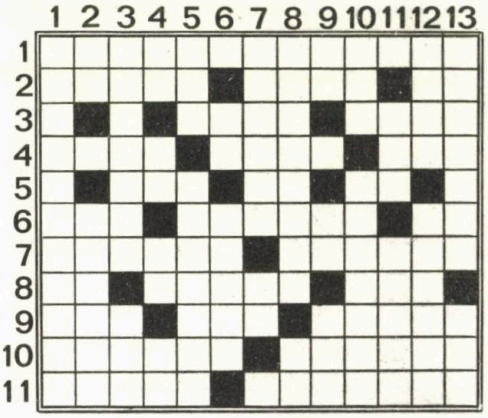
VERTICAL : 1. A trage un pui de somn — Împărăția somnului. 2. Aduce somnul — Autorul binecunoscutelor versuri : „Să-mi fie somnul lin/ Și codrul aproape". 3. Uscați — La ieșirea din dormitor ! — Perle ! 4. A fi convins — Respectat. 5. Călește ! — Nu te lasă să dormi — A trage la răspundere. 6. Aici poate fi găsit, cu puțin noroc, somnul (pl.) — Așa cum se prezintă un somn greu. 7. Caracteristic somnului (sing.). 8. Personaj din nuvela „Somn greu" de Luigi Pirandello — Rîu în R. F. Germania. 9. Mediu prielnic somnului — Culoarea cărnii la somn — Stă la îndoială. 10. Soră mai mare (reg.) — Cînd somnul e pe sfîrșite — O sută unu la romani. 11. Îndreptat — Te scoală din somn.

Dicționar : IUNA, ZEIL.

ADAM STOICA

rebus

FĂRĂ DURERI DE CAP...

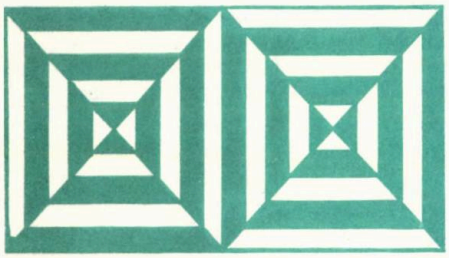


ORIZONTAL : 1. Se ia cu mîinile de cap. 2. În cap — Pînă peste cap — Cap... fără cap ! 3. Oraş pe Mureş — A-i ieşi din cap. 4. Cel deşteptător se pune la cap — Cu bătaie de cap — Îţi stă pe cap. 5. Cuvînt strict tematic — Capul lui Ichim ! — Cap de serie ! 6. Haini — În cap — Creierul din cap ! 7. Ambarcaţiuni — Aici se reprezintă „Capul de răţoi" de Gh. Ciprian (pl.) 8. I se pune capul în căpăstru — Luntre pescărească — Lac în Irlanda. 9. Se ridică la cap — De la un cap la altul — Scriitor austriac (1880—1942), autorul nuvelei „Capul". 10. Are cap, nu glumă — Se pun în supă. 11. Păstrat — „Capete" de vulcan.

VERTICAL : 1. Se dă peste cap şi rezolvă problemele. 2. Uneori ! — Gh. Ciprian de exemplu, pentru piesa „Capul de răţoi" (pl.). 3. Şi-a pierdut capul — Rîu în Thailanda. 4. Nuc scorburos ! — Cap de savant ! — Dînsul — Durere de cap ! 5. Pînă la un cap de... — tot cu capul plecat, moţăind. 6. Rege ! — Bătut în cap. 7. Vai de capul lui — Semidoct ! 8. Cap — Trai ! 9. Ea coboară din deal ! — Întrebare — Rîu în Indonezia. 10. Orăşel în Pakistan — Bătut în cap. 11. Rîu în Brazilia — Capete. 12. Capul familiei — Se află în cap. 13. Caută să înlăture capetele de acuzare — Ciocîrlie.

Dicţionar : REE, MUN, MAA, UTU, IPE.

ADAM STOICA



Ce este SOMNUL ?

DEREGLĂRI ŞI AFECŢIUNI

Somnul, ca dealtfel şi visele, a incitat curiozitatea şi imaginaţia oamenilor din cele mai vechi timpuri. El apare periodic la om şi animale, avînd un rol important în menţinerea organismului într-o stare funcţională bună. Somnul este determinat şi reglat de unele structuri ale creierului mijlociu (mezencefal), prin intermediul unor fermenţi numiţi mediatori biochimici, cum ar fi serotonina şi noradrenalina. Durata lui este invers proporţională cu vîrsta : la nou-născuţi ocupă aproape tot timpul,

la preşcolari aproximativ 12 ore din 24, la adulţi 8 ore, iar la bătrîni 5—6 ore, datorită trezirilor dese şi prelungite. Somnul este dependent de ritmul lumină-întuneric sau zi-noapte, numit şi ritm nictemeral (de la grecescul nictes = noapte şi hemera = zi) sau ritm circadian (de la latinescul circadies). Aceste denumiri, vechi de aproape 3 000 de ani, constituie o dovadă că a existat o preocupare de a elucida problemele legate de somn, încă din trecutul îndepărtat.

Somnul normal este stimulat de întunericul nopţii, dar există şi posibilităţi de adaptare la unele situaţii, cum se întîmplă, de exemplu, cu muncitorii care lucrează în ture şi care sînt nevoiţi să doarmă ziua. Cosmonauţii, în zborul circumterestru, trăiesc sub un regim nictemeral de aproximativ 90 de minute, din care aproape jumătate de zi şi jumătate de noapte şi întuneric.

Descoperirea activităţii bioelectrice a creierului şi înscrierea undelor rezultate din această activitate — care a fost iniţiată acum cinci decenii de Berger — a aprofundat cunoştinţele privitoare la somn, acestea fiind de mare ajutor pentru patologia sistemului nervos central. Cercetările efectuate în urma înregistrărilor electroencefalografice (EEG) au demonstrat că există două tipuri de somn : lent şi rapid. Primul este indus de serotonină şi are durata cea mai mare, iar cel de al doilea este indus de noradrenalină, este mai scurt, însoţit de mişcări rapide ale globilor oculari şi de vise (activitate onirică). Succesiunile somn lent-somn rapid se produc de mai multe ori în cursul aceleiaşi nopţi.

Este interesant de constatat că în perioada premergătoare trezirii, cînd somnul este mai superficial, înţelegerea unor probleme care nu au putut fi lămurite în timpul zilei, cu toate eforturile depuse, cunoaşte o acuitate sporită. Un alt fapt, la fel de interesant, este şi acela că, uneori, un zgomot puternic nu este perceput în timpul somnului, pe cînd un altul, mult mai slab, dar care constituie o preocupare continuă, o obsesie, este perceput imediat.

DEREGLĂRILE SOMNULUI pot fi privitoare la durată (insuficient sau în exces) şi la calitatea acestuia (somn superficial, neodihnitor, cu treziri multiple sau somn profund, survenind chiar în timpul unei discuţii, ca în sindromul Pickwick). În general, o insuficienţă de somn are un prognostic bun, pe cînd un exces, adică o hipersomnie, denotă o boală gravă.

SOMNOLENŢA este o tulburare care apare mai ales la femeile cu un echilibru neuropsihic mai fragil. Survine după o emoţie mai puternică, o supărare, oboseală sau după ingerarea anumitor droguri tranchilizante şi se manifestă printr-un somn superficial, dar continuu, avînd o durată mai lungă, cu conştienţa scăzută, dar nu pierdută ; este asemănătoare unei stări intermediare între somn şi veghe şi se mai numeşte şi stare crepusculară.

INSOMNIA este, în traducere etimologică, lipsa totală de somn. Dealtfel, aceasta este şi părerea bolnavilor (femeile sînt mult mai afectate) că nu au închis ochii toată noaptea, ceea ce nu corespunde realităţii. În cazul insomniei, somnul poate fi mai superficial, însoţit de treziri, dar şi de readormiri, pe care bolnavele nu le recunosc. Insomnia — sau mai corect hiposomnia — poate fi urmarea consumului unei cantităţi mari de cafea sau ceai concentrat. De cele mai multe ori, este urmarea unei boli nervoase (o nevroză anxioasă, depresivă sau obsesivofobică), apărută pe un fond endocrin, în special în insuficienţa ovariană. Insomnia mai poate fi şi consecinţa unei boli organice dureroase, care împiedică un somn normal. Recunoscută şi tratată la vreme, se ajunge la rezultate din cele mai bune.

Tratamentul cu somnifere nu este recomandabil, deoarece induce dependenţa somnului de un anumit medicament, care, cu timpul, impune creşterea dozei. În unele situaţii, se poate recurge la medicamente tranchilizante ca : Napoton, Diazepam sau

Hidroxizin, dar numai în doze mici și discontinue și numai la recomandarea medicului. Băile calde cu extract de plante (brad sau mușețel) sînt, de asemenea, utile, mai ales însoțite de o psihoterapie adecvată.

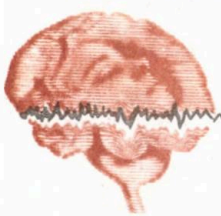
HIPERSOMNIILE au în general un fond organic, mai ales cerebral, și comportă o mare gravitate. În acest cadru sînt cuprinse encefalita letargică, care a bîntuit și la noi în trecut, precum și boala somnului, cu caracter endemic, care se întîlnește în Africa Centrală.

ENCEFALITA LETARGICĂ se datorește unui virus, care s-a extins acum 6 decenii în aproape toată Europa, dar și în alte continente. Boala începe cu febră și somn prelungit, urmate după cîteva luni de hemiparkinsonism, exprimat prin : tremurături unilaterale, rigiditate plastică și sialoree (multă salivă), hipersudorație, mișcări greoaie ale membrelor, scris modificat. Encefalita letargică trebuie diferențiată de cea toxică, care survine după intoxicația cu sulfură de carbon sau oxid de carbon.

BOALA SOMNULUI este o boală parazitară, care se întîlnește aproape exclusiv în Africa Centrală și este provocată de un protozoar din genul Trypanosoma, introdus în corp de o muscă numită de localnici tse-tse. Se caracterizează prin febră intermitentă și vărsături, urmate de o anemie marcată și, în final, de o stare depresivă însoțită de somn prelungit (cu durată de cîteva săptămîni) și irezistibil, care duce la caşexie și chiar la moarte. Boala Chagas, întîlnită în America, este tot o tripanosomiază, cu simptome asemănătoare, dar mai atenuate, și este grevată de o mortalitate mai scăzută decît forma africană.

GARU!

Conf. dr. **GH. BADIU**
I.M.F. Tg. Mureș



visele
o necesitate fiziologică

Pentru majoritatea oamenilor, visele sînt foarte deconcertante, constituind baza generării a numeroase superstiții și interpretări mistice. Abia în ultimul deceniu, datorită dezvoltării metodelor deosebit de delicate și complexe de înregistrare a modificărilor electrice ale creierului și ale mișcărilor oculare s-au făcut progrese simțitoare în studierea și elucidarea viselor.

Cercetătorii au observat că, dacă cei care dormeau erau treziți cînd ochii lor se mișcau sub pleoape, existau șanse favorabile asupra relatării viselor. S-a stabilit astfel, că starea de vis se produce, în majoritatea cazurilor, în faza de somn paradoxal sau rapid, caracterizat prin perioade de mișcări repezi ale globilor oculari, deși unele imagini ideaționale ar putea exista și în faza de somn lent. Visele ce se produc în faza de somn paradoxal sînt cele mai vii, mai trăite, și cu un bogat conținut emoțional, bizar sau fantastic. La om, mișcările oculare rapide sînt asociate constant cu activitatea onirică, foarte interesant fiind faptul că aceste mișcări sînt mai intense în visele active decît în cele pasive, urmînd fidel conținutul viselor. Așa, de exemplu, dacă se visează că se coboară o scară, mișcările oculare au o direcție de sus în jos sau invers, în cazul în care se visează că se urcă o scară. Nu numai direcția mișcărilor oculare este în concordanță cu visul, dar și modificările respiratorii sînt legate de acesta, producîndu-se, de exemplu, apnee (oprirea respirației), dacă subiectul visează că rîde sau vorbește.

O altă constatare este aceea că — după cît se pare — toți oamenii visează. Cercetările efectuate asupra unor subiecți treziți în faze de somn cu mișcări oculare au demonstrat că aceștia pot relata cel puțin un vis, cu toate că înainte de experi-

ment, ei au declarat că „nu visează niciodată". Faptul că somnul paradoxal legat de activitatea onirică alternează în cadrul somnului nocturn cu perioade de somn lent, caracterizat printr-o profunzime din ce în ce mai mare a somnului, face ca și visul să fie uitat dimineața la trezire.

O altă idee mai veche, care a fost infirmată, susținea că visele, oricît de lungi ar putea să pară din punct de vedere subiectiv, durează puțin, cîteva secunde sau minute. În realitate, s-a stabilit că durata lor în totalitate pare să corespundă aproximativ duratei perioadei de somn cu mișcări oculare. Într-adevăr, s-a putut constata că durata activității onirice — deși variabilă cu vîrsta — ocupă un rol important în somnul omului, copiii visînd aproximativ 40% din durata somnului, adolescenții și adulții 20%, iar bătrînii 10% din această perioadă, nefiind exclus ca variabilitatea duratei viselor să corespundă evoluției capacității de memorare individuală. Astfel, s-a putut calcula că o persoană în timpul a 70 de ani de viață visează ca durată aproximativ 5 ani.

Explicația științifică a viselor este încă departe de a fi elucidată. Legătura dintre vis și realitate, semnificația scenelor onirice trăite — de multe ori absurde și neverosimile — caracterul anticipativ al viselor, ca și multe alte aspecte își așteaptă încă descifrarea din partea oamenilor de știință. Totuși, se pot întrevedea și unele aspecte legate de conținutul viselor. Astfel, categoria cea mai frecventă de vise constituie, de fapt, reflectarea influenței și acțiunii unor factori din mediul ambiant (frig, căldură, zgomote, lumină etc.), pe fondul stării de somn. În această situație, visele apar ca o transformare mai mult sau mai puțin modificată a stimulilor care le-au generat, putînd fi asociate cu o componentă afectivă mai mult sau mai puțin bogată sau cu imagini senzoriale complexe. Așa se explică faptul că dacă în cameră este foarte cald, persoana se visează vara pe o plajă însorită, pe o arșiță intensă, în deșert sau în apropierea unui incendiu. Dacă însă în camera de dormit este rece, visul pare a fi legat de scene în care recele este dominant (scăldatul într-o apă rece, scene marine, vizitarea unui acvariu, animale cu sînge rece etc.).

Modificările metabolice ce se produc în organism în timpul stării de somn pot constitui o altă sursă importantă a conținutului viselor. Așa, de exemplu, scăderea cantității de oxigen (dormitul într-o cameră neaerisită, în fum de tutun etc.) poate genera vise legate de o stare de sufocare, de strangulare, sau deshidratarea organismului (lipsa apei și senzația de sete) poate genera o activitate onirică în care persoana respectivă ingeră (bea) cantități abundente de apă de la cele mai reci și curate izvoare montane. Necesitatea de micțiune (urinare) sau alte necesități biologice pot, de asemenea, să-și găsească o concretizare în activitatea onirică, multe din acestea fiind însoțite de o afectivitate plăcută sau neplăcută, uneori greu de suportat, constituind adevărate coșmaruri pentru persoana respectivă.

O altă categorie de vise (mai puține ca frecvență) recunosc o cauzalitate mai îndepărtată și greu de controlat, comparativ cu categorii amintite anterior. În această categorie intervin mecanismele de memorie în care se reactualizează informațiile depozitate cu mult timp înainte (trăite, citite, auzite) și care sînt aduse în actualitate în timpul stării de somn, necunoscînd granița realului, timpului sau spațiului. În aceste vise persoana respectivă este fie un spectator, în fața sa derulîndu-se, ca într-o secvență cinematografică, evenimentele, fie un participant activ, înglobat în toată complexitatea situațiilor, de multe ori nefirești și haotice.

Unii cercetători au încercat să introducă în această categorie de vise și pe acelea legate de reflectarea unor dorințe refulate, aspirații nerealizate, stări de necesitate sau dorințe spirituale amînate sau nerealizate, aceste vise avînd deci un caracter „proiectiv", cu rol de compensație și satisfacție pentru visătorul frustrat. De asemenea, diferitele condiții patologice pot explica complexitatea conținutului activității onirice (pavorul nocturn, epilepsia, boli psihice etc.).

În ceea ce privește caracterul anticipativ (predictiv) al unor vise, se poate afirma că acestea depind de intervenția unei componente subiective, legată de încrederea persoanei respective în vis și care, printr-un proces important de autosugestie adecvată conținutului visului, își creează, orientează, canalizează întreg compor-

tamentul şi activitatea în concordanţă cu visul, ceea ce face să vină în întîmpinarea evenimentului visat.

Referitor la importanţa fiziologică a visului, au existat diferite opinii potrivit cărora visul ar servi la „consolidarea amintirilor", la „integrarea evenimentelor petrecute în zilele precedente" sau, pur şi simplu, la abolirea fundalului de veghe şi conştienţă („somnul raţiunii trezeşte monştri"). Indiferent însă de interpretare, se poate susţine cu toată certitudinea că visele (mai corect somnul cu vise) sînt foarte importante pentru menţinerea unei sanogeneze mintale, iar persoanele împiedicate să viseze pot prezenta unele tulburări psihice grave. Într-adevăr, experienţele efectuate pe oameni şi animale, privaţi de somnul paradoxal (prin treziri repetate la fiecare fază de mişcări oculare), au demonstrat că aceştia prezintă o serie de tulburări comportamentale, precum şi un „aspect de suferind". Aceştia vor recupera datoria de somn rapid în nopţile următoare, cînd fazele de mişcări oculare domină somnul nocturn.

Fără a fi adepţii teoriei după care visele reprezintă o modalitate de rezolvare a conflictelor şi frustraţiilor din timpul activităţii zilnice sau ai altor teorii reacţionare psihanaliste, se poate afirma că în afara caracterului plăcut, starea de vis este şi o necesitate, recent izolîndu-se chiar din creierul normal o substanţă care generează visele şi, odată cu aceasta, se justifică şi speranţa celor ce suferă de insomnie, într-un somnifer eficient şi fiziologic.

Visele nu sînt numai episoade care ne colorează existenţa noastră, ele au deci şi o importantă justificare fiziologică, de menţinere a integrităţii funcţiilor cerebrale şi intelectuale.

ace...rimate

PRECEPT

Dacă medicul înclină
Să faceţi băi de lumină,
În odăi nu instalaţi
Becuri de 500 vaţi.

CONSECINŢĂ

Cînd tragi din ţigară fumul,
Omule, meriţi perdaful.
Din tutun se-alege scrumul,
Iar din sănătate, praful.

VIS ŞI REALITATE

Dorea ca în a artei sferă
Să facă Sandu carieră.
Şi într-o zi a constatat
Că o şi are – la ficat !

PREFĂCĂTORIE

Ipohondră vietate
Este ursul carnivor.
În perfectă sănătate,
Se tot vaită : „mor ! mor ! mor !"

DE REŢINUT

Astăzi, în societate,
Ţin aici să precizez,
Poţi fi om cu greutate,
Fără să ajungi obez.

INDICAŢIE

Voi, scandalagiii,
Cînd concediu luaţi,
Mergeţi unde-o fi,
Dar nu la Urlaţi.

V. D. POPA

Şeful precaut

Şef ca el, mai rar martir,
Unii spun c-ar fi erou,
Căci de ani şi ani în şir
N-a lipsit de la birou.

Ba mai mult : muncind vîrtos,
Zilnic în acelaşi mediu,
Nici bolnav, nici sănătos,
N-a luat o zi concediu

Ieri, un subaltern ursuz
I-a şoptit, plin de sfială,
C-ar putea să facă uz
De odihna sa legală.

– Ba deloc n-am să mă duc !
N-aş vrea vorbele s-alerge,
Cum că treaba ce-o conduc
Chiar şi fără mine merge !

TEODOR MARICARU

ARHEOLOGIE ŞI MEDICINĂ

BLESTEMUL FARAONULUI

SUPERSTIŢIE SAU O MALADIE NECUNOSCUTĂ?

La 26 noiembrie 1922, ziarele şi agenţiile de presă anunţau vestea unei descoperiri epocale : în Egipt, după două decenii de căutări febrile, a fost descoperit mormîntul faraonului Tutankhamon, conţinînd mumia acestuia adăpostită într-un sarcofag de aur masiv.

Cine erau autorii care au reuşit să coboare primii cele 16 trepte ce duceau la intrarea în mormîntul regal ? Este vorba de Howard Carter, arheolog, lordul Carnavon şi un alt egiptolog reputat, Calender.

Trecem peste descrierea peripeţiilor care au condus la această descoperire şi a importanţei sale ştiinţifice şi ne vom opri asupra unui aspect singular, bizar am spune, în care se îmbină fantasticul cu senzaţionalul. Despre ce este vorba ? După primele clipe ale descoperirii în care nimeni nu acorda atenţie decît conţinutului criptei funerare, privirea lui Carter alunecă pe o inscripţie aflată la intrare. După puţină trudă reuşeşte să descifreze mesajul transmis cu peste trei milenii în urmă :

„MOARTEA VA ATINGE CU ARIPILE SALE PE ACELA CARE VA TULBURA LINIŞTEA FARAONULUI"

Blestemul a fost cunoscut de public cu iuţeala fulgerului, iar ziariştii i-au făcut o publicitate tot atît de mare ca şi descoperirii arheologice. Lumea a început să vorbească tot mai mult despre blestem şi profanarea mormîntului. Primul incident avea să se producă în chiar ziua descoperirii. La ieşirea din subteran, arheologii zăriră în spatele cordonului de poliţie, o mulţime de oameni, extrem de agitaţi. La apariţia micului grup de exploratori, mulţimea începu să strige, să ameninţe şi o ploaie de pietre s-a abătut asupra grupului încît cu mare greutate poliţiştii au reuşit să-i respingă pe manifestanţi şi să protejeze pe cercetători. Atunci Carter îşi aduse aminte de o întîmplare veche, petrecută în 1881 : Emil Brusch, directorul adjunct al muzeului din Cairo, descoperitorul necropolei de la Deir-el-Bahri, pe cînd îşi transporta comorile, văzu venind spre el un grup de femei arabe, despletite, aidoma bocitoarelor antice, plîn-

gînd şi jeluindu-se, mergîndu-i pe urme şi sîcîindu-l cu sunetele unei melopee funebre în care revenea tot timpul cuvîntul blestem.

Timpul s-a scurs şi nu se ştie cum a luat naştere legenda despre „blestemul faraonului", legendă ţesută în jurul unor întîmplări cumplite şi misterioase.

SĂ FIE O SIMPLĂ ÎNTÎMPLARE ?

Un incident, în aparenţă minor, avea să marcheze un şir de evenimente neaşteptate. Despre ce era vorba ? Lordul Carnavon avea un canar pe care-l iubea foarte mult şi de care nu se despărţea nici în peregrinările sale, purtîndu-l cu sine pretutindeni. După deschiderea mormîntului, pe cînd lucra în încăperile subterane mortuare, lordul a aşezat colivia canarului într-un loc ferit de soarele arzător, la capătul scării ce ducea în criptă. Fără ca cineva să observe, o cobră se strecură printre gratiile coliviei şi înghiţi canarul. Cînd şi-au dat seama, era prea tîrziu. Printre săpătorii egipteni au început să circule tot felul de presupuneri : nu cumva cobra, despre care se ştia că era şarpele sacru al egiptenilor, sculptată dealtfel şi pe cutia de lemn aurit ce conţinea inima lui Tutankhamon şi care simboliza spiritul protector al acestuia, a încercat să se răzbune pe cei care îndrăzniseră să-i profaneze lăcaşul ?

PRIMA VICTIMĂ : „AM AUZIT CHEMAREA, SÎNT GATA !"

În noaptea de 4 spre 5 aprilie 1923, într-o cameră mohorîtă a hotelului „Continental" din Cairo, un bărbat în vîrstă de 57 de ani îşi trăia ultimele clipe. Pe la orele două din noapte — avea să povestească mai tîrziu infirmiera care-l veghea — muribundul încercă să se ridice, strigînd : „S-a terminat, au auzit chemarea, sînt gata !" Aproape în aceeaşi clipă, lumina se stinsese în cameră. Înspăimîntată, infirmiera ieşi în grabă pe culoar, dar şi aici era întuneric. La strigătele sale, a primit ajutorul vecinilor de cameră. Aprinse o lumînare şi se reîntoarse tremurînd de groază la căpătîiul pacientului, pentru a-l îngriji ; era prea tîrziu, unul murise. Acesta era chiar lordul Carnavon !

Primele simptome ale bolii s-au manifestat pe la începutul lunii martie, în timp ce supraveghea lucrările pe şantier. El s-a plîns coechipierilor săi că-l supără locul unde, probabil, l-a înţepat un ţînţar. Mîncărimea, neînsemnată la început, a crescut în intensitate. „Noaptea — îi mărturisea el lui Carter — mă împunge aşa de tare, că nu mai pot să dorm". Rana s-a infectat, gîtul i s-a umflat. Pe la jumătatea lui martie, lordul Carnavon s-a hotărît să meargă la Cairo pentru a se arăta unui medic. Boala se părea că nu era prea gravă, medicii reuşind, cu oarecare eforturi, să oprească avansarea infecţiei. Despre această ultimă perioadă din viaţa lordului avea să scrie Carter în memoriile sale, lăsînd să se strecoare, poate pentru prima oară, o undă de îndoială : „De-a lungul acestor trei lungi săptămîni, lordul Carnavon şi-a păstrat tradiţionalul sînge rece britanic. Scrisorile pe care mi le scria arătau că este perfect lucid. Nu-şi făcea nici o iluzie". Dar la ce se referea Carnavon în scrisorile sale ? Răspunsul avea să reiasă din mărturisirea unui alt prieten care îl vizita în acea perioadă : „Am auzit chemarea, sînt gata !"...

Boala marchează o evoluţie rapidă şi la sfîrşitul lunii martie se declară o congestie pulmonară. Bolnavul intră în agonie şi în noaptea de 4 spre 5 aprilie, la nici o lună de la declanşarea misterioasei maladii, moare.

În revista „Historama" Guy Claise notează lapidar ultimul episod : „conform dorinţei exprimate de el, lordul Carnavon a fost înmormîntat la Bacon Hill, pe domeniul familial de la Highclere, în mijlocul unei peluze mărginită de cedri uriaşi de Liban, adevărate candelabre naturale. Lady Carnavon nu păstrează nici o amintire din Egipt. Colecţiile, fotografiile lordului Carnavon, sînt repede împrăştiate de hazardul licitaţiilor, în Statele Unite".

PRIMELE PRESUPUNERI...

Pentru cei care nu erau dispuşi să creadă în superstiţii, cauzele ciudatei boli par să aibă o explicaţie logică : o înţepătură de ţînţar, care s-a infectat. Şi dacă ne gîndim că lordul avea aproape 60 de ani, şi de mai bine de 20 de ani manifesta dificultăţi respiratorii, congestia pulmonară care i-a fost fatală nu poate surprinde pe nimeni.

...PRIMELE SUPERSTIŢII

Moartea neaşteptată a lordului Carnavon a constituit, fără îndoială, pretextul care a servit la născocirea „blestemului faraonului". Alimentate de întîmplări ce se pretau la interpretări bizare, ziarele se grăbesc să utilizeze întreaga fantezie a redactorilor şi trimişilor „speciali", pentru a crea o psihoză colectivă, rentabilă pentru patronii acestora. Ediţii speciale informau cititorii despre noile victime, care cădeau una după alta pradă blestemului, iar exemplarele acestora erau smulse din mîinile vînzătorilor.

Ziarul „Le Figaro" anunţa cititorilor săi în numărul din 6 aprilie 1923, moartea lordului Carnavon, în următorii termeni : „Evenimentele au confirmat prezicerile ţăranilor egipteni. Omul care a descoperit mormîntul subteran al faraonului Tutankhamon a căzut victimă zeităţilor subpămîntene. Lordul Carnavon nu mai este. Astfel s-au înfăptuit ameninţările marilor preoţi egipteni împotriva profanatorilor de mumii".

Ceva mai realist, ziarul „New York Herald" scria : „Superstiţioşii afirmă că lordul Carnavon a fost pedepsit. Aceste afirmaţii apar cu atît mai absurde, cu cît se ştie că mormîntul fusese cu mult înainte violat şi din el fuseseră furate vaze preţioase. George Benedite, conservator la Muzeul Luvru, admiţînd că moartea lui Carnavon, provocată de înţepătura unui ţînţar, ar putea fi efectul răzbunării profetizată de mistici, a declarat că săpăturile trebuiau continuate, deoarece răul se produsese".

Numeroase ziare se întreceau în a alimenta curiozitatea publicului însetată de senzaţional : sub manşeta „Răzbunarea faraonului", au apărut la puţin timp subtitluri ca : „O nouă victimă a blestemului lui Tutankhamon !" ; apoi „A doua", „A şaptea", „A nouăsprezecea victimă." Această a nouăsprezecea victimă a fost menţionată într-o ştire din Londra, din ziua de 21 februarie 1930, publicată de un ziar german : „Astăzi, lordul Westbury, în vîrstă de 78 de ani, s-a aruncat pe fereastra apartamentului său din Londra, situat la al şaptelea etaj, murind pe loc. Fiul lordului Westbury, pe nume Bethell, care odinioară a luat parte la săpăturile lui Tutankhamon, a fost găsit mort în locuinţa lui, deşi în ajun se culcase perfect sănătos. Nu s-a putut determina niciodată cauza exactă a morţii."

„Un fior străbate Anglia..." — scria un ziar cînd Archibald Douglas Reid muri în momentul în care era pe cale să facă radiografia unei mumii şi cînd egiptologul Arthur Weingall, cea de a douăzeci şi una „victimă a faraonului", sucombă în urma unui atac de „febră necunoscută".

Veni şi rîndul infirmierei care-l îngrijise la hotelul „Continental" pe lordul Carnavon şi al fratelui mai tînăr al lui Carnavon, colonelul Aubrey Herbert, care la şase luni după acesta s-a sinucis în cursul unei crize de demenţă. Şi astfel de anunţuri au continuat cu A.C. Mace, care a deschis împreună cu Carter camera funebră şi apoi cu George Benedite de la Muzeul Luvru, care vizitase mormîntul la scurt timp de la deschiderea acestuia. În sfîrşit, ultimele „victime" : în februarie 1929, Elisabeth Carnavon muri în urma „înţepăturii unei insecte". În 1930, singurul supravieţuitor dintre toţi cei care fuseseră implicaţi în descoperirea din Valea Regilor a

fost Howard Carter, principalul autor. Într-o zi însă apăru în America ştirea că un oarecare Carter, ultima victimă a faraonului, îşi aflase moartea în împrejurări misterioase...

CUVÎNTUL OAMENILOR DE ŞTIINŢĂ

Vîlva creată în jurul „blestemului faraonului", alimentată de ziarele avide de senzaţional, a sfîrşit prin a determina pe oamenii de ştiinţă să adopte o poziţie împotriva superstiţiei, ce tindea să ia proportii nebănuite. Însuşi Carter a fost primul care a ripostat. „Savantul — a spus acesta — îşi începe lucru într-un spirit de seriozitate şi de respect sacru, lipsit de acel fior de groază, al cărui farmec misterios cuprinde cu atîta uşurinţă mulţimea avidă de emoţii morbide".

Egiptologul german Georg Steindorff, după o anchetă minuţioasă, demonstrează că acel Carter, decedat în America, nu este rudă cu savantul, iar în ceea ce priveşte pe cei doi Westbury, aceştia n-au nici o legătură, directă sau indirectă, cu descoperirea mormîntului faraonului. Cît priveşte pe A.C. Mace, acesta era bolnav de multă vreme şi, în ciuda sfaturilor medicilor, a continuat să lucreze cu Carter.

RADIOACTIVITATE, MUCEGAI, VIRUS SAU BOALA LILIECILOR ?

Medicii şi oamenii de ştiinţă au emis o serie de ipoteze referitoare la agenţii care ar fi determinat moartea neaşteptată a unor arheologi. Să le trecem în revistă :

Cea mai puţin verificabilă — şi care după părerea noastră şi-a păstrat o doză de imaginaţie — este ipoteza lansată de unii autori americani, care presupun că vechii egipteni cunoşteau radioactivitatea. Pentru a proteja mormintele faraonilor, preoţii egipteni ar fi pus substanţe puternic radioactive. O asemenea ipoteză nu poate să corespundă realităţii din următoarele motive : în primul rînd, nu au fost decelate asemenea surse radioactive (cu excepţia unor săruri aflate în soluţia de natron ce servea la îmbălsămat), iar în al doilea rînd, savanţii care au umblat cu obiectele şi mumiile găsite în morminte nu au prezentat niciodată simptomele bolii de radiaţie.

O a doua ipoteză, cu numeroşi adepţi, consideră că savanţii care au participat la exhumarea mumiei lui Tutankhamon, cît şi cei care au venit în contact cu ei, au fost atinşi de o epidemie datorată unui virus, specific mileniilor trecute şi deosebit de activ în zilele noastre, organismul uman pierzînd orice urmă de imunitate faţă de acest virus.

O teorie asemănătoare o susţine şi doctorul George Dean, director în Departamentul pentru cercetări sociomedicale din Dublin. Acesta, într-un articol recent publicat în World Medicine Magazine, presupune că egiptologii care au sucombat au fost victimele unei infecţii cauzate de o specie de mucegai ce se dezvoltă în morminte.

În sfîrşit, cea mai plauzibilă ipoteză se referă la o boală extrem de rară, denumită histoplasmoză, şi care este provocată de contactul cu depunerile de excremente ale liliecilor ce populează grotele şi criptele subterane. Agentul îl constituie ciuperca *„Histoplasma capsulatum"*, cu diametrul de 1—3 microni şi care pătrunde în organismul omului pe cale respiratorie. Ea atacă plămînii, apoi splina, ficatul, intestinele şi, în final, determină scăderea puterii de apărare a organismului, boala avînd o evoluţie rapidă şi fără simptome deosebite. Forma gravă a maladiei — care are o arie de răspîndire destul de vastă, începînd cu America Centrală, valea fluviului Missisippi, partea de nord a Americii de Sud, Africa, Asia tropicală şi Noua Caledonie — a început să fie vindecabilă abia în ultimele decenii, prin administrarea îndelungată a unui fungicid specific.

PAUL ŞTEFĂNESCU

Accidentele rutiere mereu în actualitate

PROF. DR. DOC. **OCTAV TROIANESCU**

„Viața omului nu cunoaște preț și de aceea trebuie făcut totul, oricît ar costa, pentru a o salva"

„Peste 1 200 de morți și peste 30 000 de accidentați în luna iulie" (Franța 1978). „93 de morți și 2 471 de răniți în decursul unui week-end". *„Peste 44 000 de morți și peste 1 200 000 de răniți pe drumurile Europei în 1977". Cifra mortalității prin accidente de stradă sporește continuu pe glob.*

Cine poate să rămînă indiferent la citirea acestor date, pe care le găsim periodic în preajma zilelor de odihnă și care marchează, în fiecare an, o actualitate de un dramatism zguduitor !

Cine nu recunoaște, în fața acestor cifre îngrijorătoare, veritabilul flagel pe care îl constituie accidentele rutiere și care în ciuda creșterii numărului și a gravității, precum și a măsurilor luate de autorități, riscă să se situeze la nivelul unei adevărate catastrofe ?

Se știe oare că accidentele rutiere sînt mai ucigătoare decît bolile infecțioase ? Este știut că ele cauzează mai multe decese decît toate celelalte boli, exceptînd cancerul și afecțiunile cardiovasculare ? Se cunoaște faptul că — după o statistică a O.M.S. — tributul plătit în vieți tinere este mai greu decît orice război pe care l-a cunoscut cîndva omenirea ? S-a făcut oare suficient — ca să nu spunem totul — pentru a se preveni sau a se atenua aceste accidente și urmările lor ?

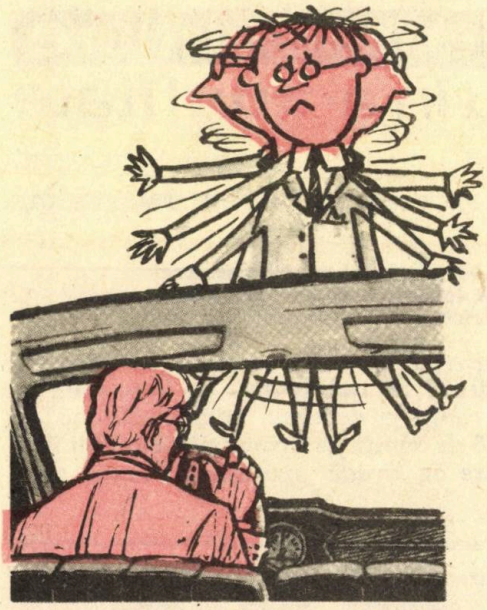
Este cazul să amintim că în primii 45 de ani de viață, principala cauză a morții este accidentul, străzii revenindu-i aproximativ jumătate din această mortalitate.

În fiecare zi se pierd 1 000 de persoane pe căile rutiere ale lumii, iar în fiecare oră 1 000 sînt rănite. Deoarece această dramă se accentuează an de an, a permis ca hecatomba rutieră să primească, pe drept cuvînt, tristul renume de „flagelul social modern nr. 1".

Prea mulți oameni adoptă o atitudine fatalistă. Ei sînt mai emoționați de o catastrofă al cărei bilanț se soldează prin cîteva zeci de morți, decît prin aceste sîngerări cotidiene. Prea mulți conducători auto pierd orice noțiune a pericolului din momentul în care se află pe șosea. Spunîndu-și că „accidente vor avea loc întotdeauna", ei găsesc în aceste cuvinte o justificare, fără a se gîndi că pot deveni chiar ei înșiși victime, fără a cugeta că „accidentul nu survine niciodată accidental" și fără a admite că ei au dreptul, dar și datoria, de a respecta nu numai securitatea lor proprie, dar și pe aceea a altora.

În afară de repercusiunile pe care accidentele de stradă le au asupra economiei fiecărei țări, se constată cu îngrijorare că, de cele mai multe ori, tocmai persoanele tinere, cele mai productive, sînt victimele de selecție.

Nu este greu de înțeles că problema principală este cea profilactică. Inițiative s-au manifestat și se mai manifestă încă, iar eforturile depuse nu sînt răsplătite pe măsura lor. Presa, radioul, televiziunea, cinematograful nu încetează de a avertiza



publicul asupra pericolului pe care îl constituie strada. Legile circulației se completează mereu, organele care reglementează circulația sînt din ce în ce mai exigente, iar educația copiilor în acest sens a început în școli.

În același timp, constructorii de mașini, conștienți de responsabilitatea lor, perfecționează mașinile și fac echipamentele cît mai puțin agresive. Dar cu toate acestea mai este mult de făcut.

Un om spiritual, întrebat odată de ce au loc atîtea accidente rutiere, a răspuns cu următorul joc de cuvinte : „... fiindcă omul de **azi** conduce o mașină de **mîine**, pe o cale rutieră de **ieri** !". Deși un amuzant joc de cuvinte, el conține totuși un miez de adevăr.

Omul de azi are aceeași reactivitate cu cel care s-a născut în urmă cu o mie de ani și, probabil, cu cel care se va naște peste altă mie de ani. **Mașinile** care se construiesc mereu sînt din ce în ce mai puternice și mai rapide și aceasta se explică prin neîntrerupta întrecere a omului cu timpul și cu distanțele. Educația permanentă a conducătorilor auto, a pietonilor și a publicului, în genere, mai multă exigență în acordarea permiselor de conducere sînt numai cîteva din corectivele ce s-ar putea aduce. Dar factorul care evoluează însă mult mai încet și care în orice caz nu ține și nici nu poate ține pasul cu evoluția vertiginoasă a automobilismului îl reprezintă **drumurile**, a căror modernizare trebuie să constituie o preocupare permanentă.

Traumatologia rutieră va păstra și pe viitor actualitatea ei permanentă. Este lesne de constatat că ea este departe de a-și fi epuizat acțiunea, cunoscînd o extindere de care medicii, în special, au obligația să se preocupe. Acțiuni în acest sens s-au întreprins în mai toate țările evoluate și în special ultimii 20 de ani sînt marcați de preocupări multilaterale în a preveni pe cît posibil accidentele și în a salva eventualii accidentați. La aceasta colaborează o multitudine de factori din domeniile cele mai diverse : ingineri constructori de mașini, ingineri constructori de șosele, medici organizatori de sănătate publică, medici traumatologi, educatori, psihiatri, organele însărcinate cu reglementarea circulației rutiere etc.

Problema de bază o constituie însă ajutorul dat accidentaților de stradă, care trebuie să fie nu numai prompt, dar și calificat, iar intervalul scurs de la accident și pînă la primul ajutor sau pînă la internarea accidentatului într-un serviciu de traumatologie să fie cît mai scurt. De fapt, în prezența unui grav rănit rutier, care trebuie să fie atitudinea unui simplu martor ? Transportul rapid, improvizat, este el preferabil așteptării unei ambulanțe bine echipată cu material și personal ?

După multe discuții controversate, astăzi s-a ajuns la concluzia că primul cetățean în trecere, deși plin de intenții bune, riscă adeseori să dăuneze decît să se facă util. Rolul lui trebuie să se limiteze numai la a alerta organele competente. Există țări în care intervenția necalificată a unui simplu trecător față de un accidentat este pedepsită de lege ! Desigur, există și excepții ca, de exemplu, scoaterea unui accidentat dintr-un vehicul care arde sau combate-

rea, prin orice mijloc, a unei iminente asfixii etc.

În plus, celelalte măsuri ca : hemostaza provizorie a unei hemoragii abundente, imobilizarea provizorie a unei fracturi, liberarea căilor respiratorii superioare, menținerea în sus a mandibulei, a cărei cădere constituie cauza asfixiei, sînt tot atîtea gesturi salutare pe care numai un personal competent poate să le execute cu eficiență.

A ridica un rănit, a-i flecta capul, a-l îndoi pentru a-l introduce într-un turism, a-l așeza pe o banchetă înseamnă a risca transformarea unei fracturi simple într-o fractură deschisă, înseamnă a risca să provocăm o leziune medulară unei persoane cu traumatism al rahisului, înseamnă a mări un șoc și a-l face ireversibil.

Deci unul din principiile hipocratice de bază, **„primum non nocere"**, trebuie să fie grija constantă a cadrelor medico-sanitare conștiente de răspunderea lor. Gestul care se cere efectuat trebuie să fie precis ; el nu trebuie să prezinte nici ezitare, nici eroare, nici neîndemînare, deoarece o adevărată dramă se poate desfășura numai în cîteva secunde, ea depinzînd de milimetri de distanță (de exemplu : secționarea măduvei).

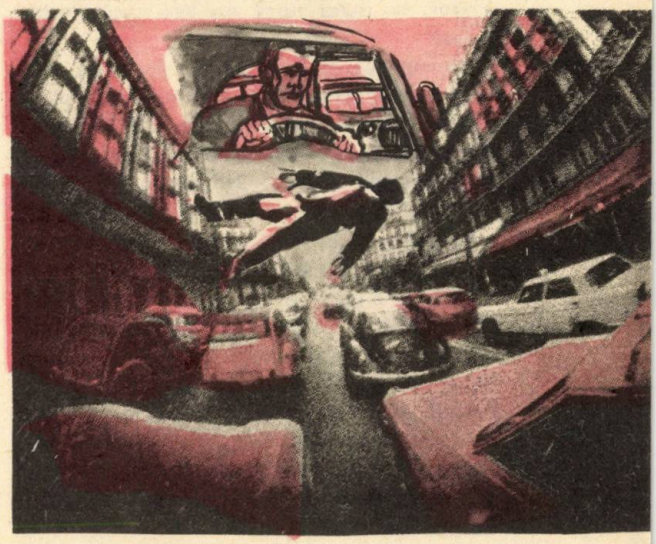
Desigur, nici o doctrină riguroasă nu poate fi stabilită. Împrejurările, cazurile particulare, condițiile locale impun uneori soluții care, aplicate cu simț medical, sînt superioare unei reglementări rigide. Principiile rămîn însă dominante.

Este mai puțin periculos pentru un mare accidentat de a aștepta la marginea străzii un ajutor medical calificat, decît a suferi riscul unei mobilizări contraindicate și al unui transport rapid prin intervenții voluntare bine intenționate. Există răniți care nu trebuie atinși, precum și răniți care nu trebuie transportați. Referitor la aceștia din urmă, ei trebuie reanimați pe locul accidentului, înainte de a fi transportați și încredințați unei echipe medicale trimisă de urgență prin intermediul celor mai apropiate organe de alertare.

Traumatismele actuale, din care accidentul rutier își revendică peste jumătate, încep să îngrijoreze din ce în ce mai mult opinia publică. Astfel, încă din anul 1961, O.M.S. a consacrat un studiu traumatismelor rutiere, intitulat „Accidentele", prin care a deschis drumul multor manifestări și publicații similare.

Dacă politraumatismele și-au pierdut întrucîtva din aspectul sumbru al letalității și aceasta datorită progreselor dobîndite în ultimii ani în materie de deșocare, de combatere a infecției, precum și ameliorării unor tehnici chirurgicale, ele rămîn totuși de o extremă gravitate, prin desele și invalidantele lor sechele, care pot stigmatiza pe acești accidentați pentru toată viața.

Din cele relatate, reiese rolul esențial al medicului în toate cazurile de accidente corporale. El trebuie să fie convins de eficiența sa reală, de ajutorul său prompt și metodic, precis și oportun, prin care poate acorda unui accidentat rutier, chiar la marginea drumului, o asistență de urgență de un înalt nivel.



HELP-ME

„BATISTA SALVATORULUI" în reanimarea cardiorespiratorie

HELP-ME sînt inițialele unei acțiuni de salvare care se efectuează în stările de sincopă cardiorespiratorie. În limba engleză help me înseamnă ajută-mă și are aceeași semnificație ca și semnalul S.O.S. (save our souls = salvați sufletele noastre), lansat pentru prima oară, în disperare, la 12 aprilie 1912 de victimele naufragiului vasului Titanic, semnal devenit de atunci sinonim cu orice apel la ajutor.

Pentru acțiunea de prim ajutor în sincopa cardiorespiratorie, inițialele HELP-ME au, în limba română, semnificația unui cuvînt mnemotehnic. Ordinea literelor HELP-ME arată succesiunea timpilor esențiali din cursul acordării primului ajutor, în cazul unei sincope cardiorespiratorii.

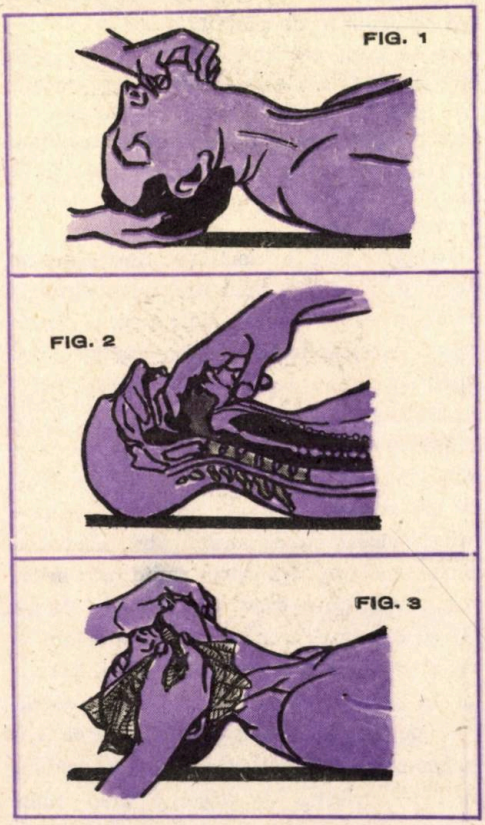
Sincopa cardiorespiratorie poate să survină în diversele stări patologice și accidente, inclusiv în accidentele de circulație. Clinic, sincopa cardiorespiratorie se traduce prin oprirea respirației și a circulației, ceea ce echivalează cu moartea.

În primele 2—3 minute de la instalarea unei sincope cardiorespiratorii, moartea se consideră clinică și are un caracter reversibil, dacă se aplică de urgență măsuri adecvate de prim ajutor. După 3—4 minute de la instalarea unei sincope cardiorespiratorii, moartea este biologică și are un caracter ireversibil. Rapiditatea aplicării corecte a măsurilor de prim ajutor este deci hotărîtoare pentru eficiența reanimării în sincopa cardiorespiratorie.

S-a demonstrat că în cazul aplicării unei reanimări eficiente în primul minut de la instalarea unei sincope cardiorespiratorii, mortalitatea este de numai 5% ; dacă reanimarea începe între 1—2 minute, mortalitatea crește la 20% ; între 2—3 minute, ea crește la 40%, iar după 3 minute, la 60%. Dacă au trecut 5 minute de la instalarea unei sincope, măsurile de reanimare sînt practic ineficiente, mortalitatea fiind întotdeauna 100%.

Tratamentul sincopei cardiorespiratorii la locul accidentului este alcătuit din : respirația artificială gură la gură și masajul extern al inimii.

Respirația artificială „gură la gură" constă din insuflarea activă, de către un salvator, a aerului în căile respiratorii ale victimei. Deoarece acest gen de respirație în forma sa clasică a provocat obiecțiuni de ordin subiectiv, psihic și igienic,



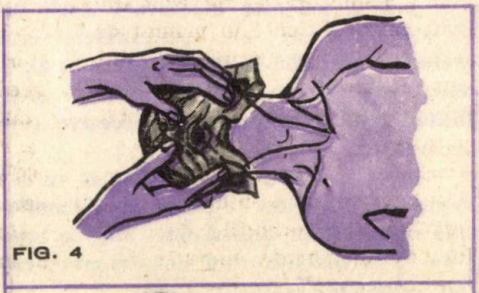


FIG. 4

FIG. 5

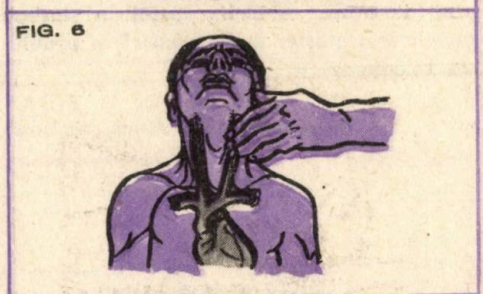


FIG. 6

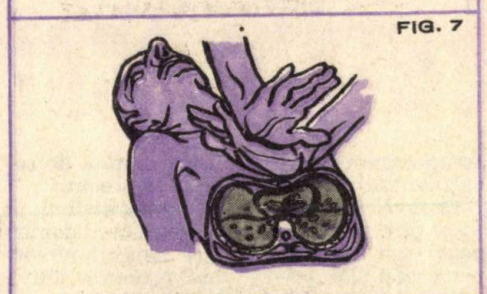


FIG. 7

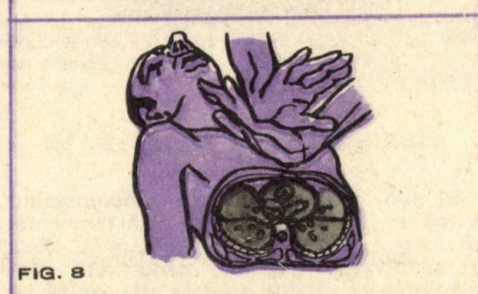


FIG. 8

mai ales cînd urma a fi efectuată unui accidentat plin de sînge, cu cavitatea bucală inundată de suc gastric etc., vom prezenta tehnica respirației artificiale gură la gură în forma sa mai puțin cunoscută, în care se recurge la „batista salvatorului". Aceasta este confecționată dintr-o folie rotundă, subțire, de material plastic opac și impermeabil, avînd la mijloc montată o piesă pentru gură, reprezentată de un tub rigid de plastic, cu o lungime de 3 cm și un diametru de 2 cm.

Succesiunea manevrelor respirației artificiale și a masajului cardiac extern respectă ordinea literelor din cuvîntul mnemotehnic HELP-ME, precum urmează :

1. **H** = Hiperextensia capului, cu scopul de a aduce căile respiratorii superioare în același ax cu conductul traheobronșic, favorizînd ventilația pulmonară (fig.1).

2. **E** = Eliberarea căilor respiratorii superioare prin controlul digital al cavității bucofaringiene, cu înlăturarea corpilor străini : sînge, mucus, fragmente de proteze etc. (fig. 2).

3. **L** = Luxarea mandibulei, pentru a preveni glosoptoza (căderea înapoi a limbii), care duce la obstrucția orificiului glotic. Cu mîna stîngă se împinge înainte și în jos ramura verticală a mandibulei, în timp ce cu mîna dreaptă se introduce între arcadele dentare piesa pentru gură de la batista salvatorului. Arcadele dentare se fixează în această poziție, iar folia batistei salvatorului se etalează peste fața victimei (fig. 3).

4. **P** = Pensarea nasului între policele ambelor mîini. Salvatorul aplicînd gura sa larg deschisă peste circumferința buzelor victimei (aflate sub materialul de plastic impermeabil), insuflă puternic aerul prin piesa pentru gură a batistei salvatorului în plămînii victimei (fig. 4 și 5).

5. **ME** = Masaj extern al inimii, care se efectuează ori de cîte ori după două insuflări de respirație artificială gură la gură nu se palpează bătăile pulsului cardiac la artera carotidă (vasele mari ale gîtului) (fig. 6).

Pentru masajul extern al inimii :

— se aplică talonul mîinii stîngi în treimea inferioară a sternului, cu degetele răsfirate liber în aer ;

— se așază talonul mîinii drepte peste cel al mîinii stîngi ;

— se efectuează o succesiune de comprimări și decomprimări puternice și rapide ale sternului, realizînd o stoarcere și o pompare a sîngelui din inimă în aortă și arterele carotide, pentru a asigura irigarea creierului, unde sînt localizați centrii vitali (fig. 7 și 8). Eficiența masajului cardiac extern se constată prin prezența unor pulsații ale arterelor carotide, concomitente cu compresiunea sternului.

Acțiunea de salvare în sincopa cardiorespiratorie se desfășoară după următorul plan :

— accidentatul se culcă în decubit dorsal (pe spate), direct pe sol ;

— un salvator se așază în genunchi, de partea dreaptă, la nivelul capului victimei ;

— al doilea salvator se așază tot în genunchi, la stînga victimei, în dreptul toracelui ;

— primul salvator efectuează două insuflații profunde ale plămînului, prin metoda respirației artificiale gură la gură, după care cel de-al doilea salvator efectuează cîte 5 compresiuni succesive presternale ;

— gesturile celor doi salvatori se succed alternativ, păstrînd raportul de 2 insuflații/5 compresiuni presternale, pînă la apariția și persistența unui puls spontan ritmic la nivelul carotidei.

Transportul victimei după reanimare se va face numai în mașina Salvării, avînd în vedere posibilitatea unei recidive a sincopei cardiorespiratorii în timpul și din cauza transportului.

Acordarea primului ajutor oricărei persoane aflate în pericol este o obligație cetățenească a tuturor celor care s-ar afla în preajma victimei. Cunoașterea și stăpînirea tehnicii de prim ajutor în sincopa cardiorespiratorie devine astfel o problemă de educație în masă.

Dr. L. BEJAN
Institutul de medicină, Timișoara

ABDOMENUL ACUT

PROF. DR. DOC. **DUMITRU BURLUI**

Prin abdomen acut se înțelege orice proces patologic cu evoluție intraperitoneală rapidă și care, în majoritatea cazurilor, necesită pentru rezolvare o intervenție chirurgicală.

În prezent, datorită mijloacelor moderne de diagnostic, abdomenul acut este depistat, în multe cazuri, în timp util, iar rezolvarea terapeutică chirurgicală este urmată de rezultate mult mai bune decît în trecut.

Factorii etiologici care pot contribui în mod direct la declanșarea unui abdomen acut sînt multipli, uneori simpli, alteori complecși. De aceea, vom prezenta cîțiva dintre aceștia mai frecvent întîlniți, modul cum acționează, efectul local și general pe care îl produc, precum și unele aspecte de tactică terapeutică.

TRAUMATISMELE ABDOMINALE

Se știe că traumatismele abdomenului ocupă un loc important atît prin frecvență, cît și prin gravitatea lor evolutivă. Dacă traumatismele deschise, penetrante, sînt cunoscute că produc de cele mai multe ori

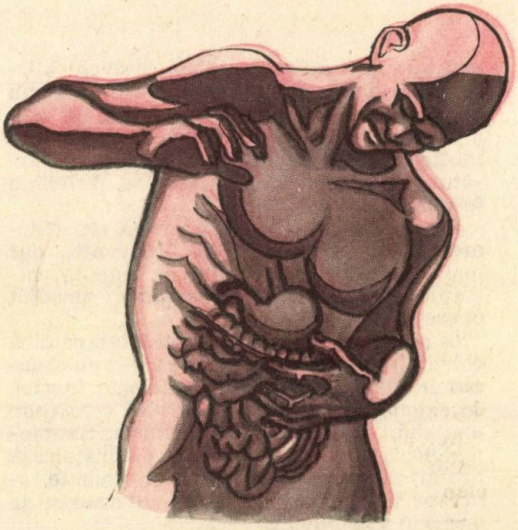
leziuni la nivelul organelor cavitare sau parenchimatoase din cavitatea peritoneală, mai puțin se cunoaște faptul că și traumatismele închise, simplele contuzii, uneori de intensitate mică, pot să producă leziuni grave în abdomen. Așa, de pildă, un traumatism minim, care în mod normal nu produce leziuni viscerale, se poate însoți de o contracție puternică reflexă a peretelui abdominal. Aceasta duce la creșterea presiunii intraabdominale, care la rîndul ei realizează o distensie inegală la nivelul intestinului subțire sau al colonului, urmată de explozia ansei și de peritonită consecutivă. Din această cauză, orice traumatism abdominal, indiferent de forma și de natura agentului vulnerant, trebuie urmărit cu atenție și spitalizat pentru supraveghere medicală. O atenție deosebită trebuie acordată traumatismelor toracoabdominale, care se manifestă ca un fals abdomen acut, datorită contracției musculare abdominale consecutive iritației traumatice a ultimilor nervi intercostali.

Este de la sine înțeles că traumatismele deschise sau penetrante vor trebui spitalizate de urgență, pentru a trata chirurgical întregul complex patologic produs de acțiunea puternică a agentului vulnerant, la care s-ar fi putut asocia între timp și factorul infecțios, prin prezența și dezvoltarea germenilor patogeni în plagă și în cavitatea peritoneală.

Atît un traumatism abdominal de intensitate medie, cît și, în special, unul puternic, pot produce, prin comoția sau chiar strivirea unui organ din cavitatea peritoneală, evoluția unui proces acut ca, de exemplu : apendicită cronică, colecistită acută și chiar pancreatită acută posttraumatică. Perforațiile organelor cavitare evoluează sub forma unor peritonite localizate sau difuze, care impun intervenția chirurgicală de urgență.

Ruptura organelor parenchimatoase, cum sînt ficatul și splina, se soldează cu hemoragii mai mult sau mai puțin importante în cavitatea peritoneală. Starea de șoc hemoragic este ușor de recunoscut, iar puncția abdominală de cele mai multe ori este pozitivă, datorită prezenței sîngelui în cavitatea peritoneală.

Una din complicațiile majore ale diferitelor boli ale organelor cavitare din abdomen este *perforația*, urmată de trecerea conținutului în cavitatea peritoneală prin orificiul de perforație. Oricare ar fi organul la nivelul căruia s-a produs perforația, conținutul său, în majoritatea cazurilor septic, declanșează o peritonită la început localizată, iar apoi difuză, cu întreaga simptomatologie clinică complexă și gravă a unui abdomen acut. Evoluția unui abdomen acut cunoaște următoarele faze :



— *Faza de debut*, în care elementul clinic dominant este durerea, de intensitate mare, localizată în dreptul organului afectat. Aceasta se însoțește de o contractură abdominală, localizată tot în dreptul organului bolnav. Din cauza durerii și contracturii musculare, abdomenul este plat sau excavat. Contractura și durerea au tendință la generalizare, pe măsura difuziunii conținutului organului în cavitatea peritoneală.

În primele ore de la debut, bolnavul este agitat, cu faciesul anxios, palid, prezintă grețuri și uneori vărsături. Acestea din urmă liniștesc puțin timp bolnavul, datorită golirii stomacului de conținutul său alimentar. Chiar din această fază bolnavul nu emite gaze, fapt ce atestă începutul sau chiar instalarea parezei intestinale.

— În cea de-a doua fază, *faza de stare*, întreaga simptomatologie a peritonitei difuze este prezentă. Bolnavul nu mai este agitat, mișcările brutale îi provoacă dureri, vărsăturile sînt bilioase, abdomenul are tendință la balonare, nu are emisiuni de gaze și nici scaun. Temperatura este ridicată, pulsul frecvent, iar numărul leucocitelor este de aproximativ 14 000. În această fază încep să se instaleze semnele deshidratării, produse prin vărsături și îndeosebi stază intestinală. Dacă aceste tulburări nu sînt corectate la timp, ele grăbesc sfîrșitul bolnavului.

— În *faza finală*, bolnavul este epuizat fizic și nervos, adinamic, abdomenul mult balonat, nu emite gaze și nu are scaun, diureza mult redusă, faciesul deshidratat, cu nasul ascuțit, ochii încercănați, înfundați în orbite, tegumentul pămîntiu. Tem-

peratura este scăzută, pulsul frecvent (discordanța dintre puls și temperatură), semn deosebit de important, care arată de fapt gravitatea stării bolnavului, de cele mai multe ori irecuperabil. În această fază, vărsăturile continuă să fie prezente, devenind fecaloide.

Este necesar să menționăm că un abdomen acut prin peritonită localizată, dar mai ales difuză, reprezintă o urgență chirurgicală, bolnavul necesitînd imediat operația.

În ceea ce privește atitudinea terapeutică chirurgicală, aceasta este în raport cu organul lezat și cu procesul patologic. Astfel, de exemplu, *perforația ulcerului* constituie una din complicațiile obișnuite. Simptomatologia abdomenului acut se instalează brutal, iar durerile extrem de violente, aproape insuportabile, impun internarea de urgență a bolnavului.

La început, durerea și contractura musculară predomină în epigastru și hipocondrul drept, pentru ca mai tîrziu ambele simptome să aibă tendință la generalizare. Rezultatele sînt bune dacă intervenția chirurgicală este efectuată în faza de debut sau la începutul fazei a doua, deoarece starea generală a bolnavului este puțin alterată, tulburările hidroelectrolitice sînt minime și nu s-a instalat starea toxico-septică, din care un mare număr de bolnavi nu mai pot fi recuperați.

În ceea ce privește apendicita acută, dintre formele anatomopatologice cel mai frecvent întîlnite sînt : *apendicita catarală, flegmonoasă, gangrenoasă* și o formă particulară, *apendicita acută cu plastron.*

Fiind vorba de abdomen acut, bolnavul trebuie să se prezinte la medic de urgență și operat de îndată ce s-a precizat diagnosticul. Menționăm încă o dată că este absolut necesară consultarea medicului, cu atît mai mult cu cît un plastron apendicular, care este de fapt o peritonită plastică localizată, nu se operează, ci se tratează prin repaus la pat, regim hidric, antibiotice și pungă cu gheață local, urmărindu-se evoluția tumorii inflamatorii. Ea dispare prin resorbție în timp de 18—21 de zile.

În cazul în care apendicita ajunge la perforație, ea se poate complica cu peritonită difuză. Intervenția chirurgicală de urgență este obligatorie.

La declanșarea unui abdomen acut mai poate contribui și *pancreatita acută.* De etiologie variată, dar de cele mai multe ori biliară, pancreatita acută este o boală gravă, care se manifestă clinic prin tabloul unui abdomen acut, stare de șoc, colaps. Formele anatomopatologice sînt : pancreatita acută edematoasă, hemoragică, necrotică și supurată.

Un diagnostic tardiv poate favoriza evoluția unei pancreatite edematoase către gangrenă, supurație, peritonită. Alteori, întîrzierea începerii tratamentului creează condițiile difuziunii enzimelor pancreatice, care, resorbite pe cale limfatică, ajung în sînge, unde fiind în cantitate mare pot determina un grav sindrom de toxemie enzimatică.

Și *sindroamele ocluzive intestinale* pot determina un abdomen acut atunci cînd distensia anselor este mare sau cînd la nivelul lor s-au produs micro- sau macroperforații, urmate de instalarea unei peritonite difuze.

Către diagnosticul de sindrom ocluziv ne conduc durerea abdominală, vărsăturile și absența gazelor și a scaunelor. Acestea sînt elementele unei triade simptomatice. Mai greu este de a stabili uneori natura ocluziei, nivelul ei, și gradul tulburărilor biologice pe care le-a produs.

Ocluzia intestinală, neînsoțită de leziuni necrotice și perforație, nu reprezintă o urgență chirurgicală imediată. Ea permite echilibrarea constantelor biologice, dereglate prin pierderile masive de apă și electroliți, îndeosebi prin vărsături și staza intestinală. Corectarea acestor tulburări printr-o terapie corespunzătoare, precum și continuarea acestei terapii intensive intra- și postoperator contribuie la diminuarea riscului operator.

În schimb, leziunile necrotice cu peritonită, de cele mai multe ori manifestîndu-se prin abdomen acut, vor fi operate de ur-

gență, pentru a preveni instalarea șocului toxicoseptic.

Acestea sînt doar cîteva din multiplele cauze care pot să provoace abdomenul acut și care pot evolua foarte grav dacă diagnosticul se pune cu întîrziere sau dacă terapeutica chirurgicală este temporizată peste o anumită limită. La agravarea situației pot să contribuie și acei bolnavi care nu cheamă medicul sau nu se prezintă de urgență la policlinică, preferînd să încerce ieșirea din impas prin administrarea de medicamente antialgice sau antispastice și care prin efectul lor pot masca adevăratul tablou clinic al abdomenului acut.

rebus

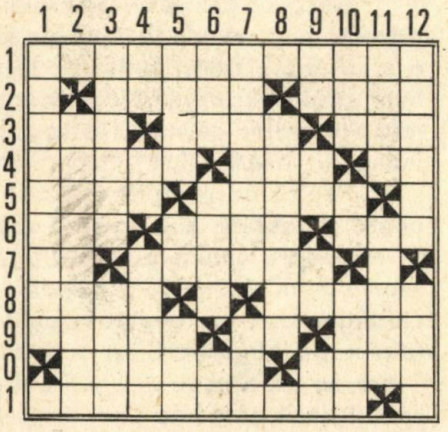
POESIS

ADAM STOICA

ORIZONTAL : 1. Clasic al literaturii române (1819—1872), autorul poeziei „O fată tînără pe patul morții". 2. Celebru poet englez, laureat al Premiului Nobel (1948), din a cărui creație amintim poemul „Moarte prin apă" (trad. rom. Ion Pillat) — „E un lung prilej pentru durere ; / Căci mii de lacrimi nu-i ajung / Și tot mai multe cere" (M. Eminescu). 3. Abreviere militară — „...de inimă", titlu din creația lui Nichita Stănescu — Poezie inclusă de medicul-poet Nicolae Neagu în volumul „Hibernale" (pl. neart.). 4. „...colinele în amurg", volum de versuri din creația autorului amintit anterior (masc.) — Poet clujan, care a inclus poezia „Insomnii" în volumul de „Stampe" — Ion Caraion. 5. Duo — Poeta care a transcris în versuri starea de „Febră" (vol. „Metamorfoze"). 6. Prenume feminin — „Sînt credincios acestei ere / De gînduri clare și severe ; / Legi aspre, calcule precise / Pun aripi de oțel la...", versuri de Mihai Beniuc („Cu un ceas mai devreme") — Rîuri. 7. Aurel Gurghianu — Îndemnul... medical dat de titlul unui volum din poetica lui Marin Sorescu. 8. Denumirea oficială a orașului francez Nisa — Poetul (1919—1972) unor versuri „De la inimă la inimă". 9. Care ține de curtea unui suveran — Ștefan Iureș — Canelură. 10. Poet care a investigat unele „Atavisme" (vol. „Suveranitatea lăuntrică") — Acesta (pop.). 11. „...unei dureri", poezie semnată de Adrian Păunescu (vol. „Istoria unei secunde").

VERTICAL : 1. Poeta care a evocat atmosfera de „Spital" (vol. „Persoana întîi plural"). 2. Reprezentant contemporan al lirismului transilvănean, căruia îi aparține poezia „Convalescență" (vol. „Poemele verii"). 3. Poet ieșean, care a evocat unele „Dureri mute" — Dezinfectant. 4. Ion Lotreanu — Liniște ! — Jgheaburi pentru vite sau păsări. 5. „...o tangentă la inimă", volum de versuri de Grișa Gherghei — Evul Mediu ! — Pieptănătură femeiască. 6. Pătură țărănească — A repeta o parte a programului artistic — Soare de mult apus. 7. Ițari (dim.) — Așezare din mediul rural. 8. Autorul (George) care și-a intitulat o poezie „Bolnav". 9. Dînsa — Unu bis ! — Servește ! — Aurel Rău. 10. Iubesc (lat.) — Amortizor hipic — Dată cu alifie. 11. Volum de versuri din bibliografia Constanței Buzea, în care se fac prezente, printre altele, spaima de devenire și de degradare biologică și spirituală în timp (neart.) — Autorul poeziei „Nervii" (vol. „Fum"). 12. Poet căruia îi aparține volumul „Tot ce mă doare" — ...și un altul, autor al poeziei „Transplant" (vol. „Clipe").

Dicționar : AGS, NICE, NUT, AMO.



PROF. DR. DOC. *IULIU ŞUTEU*

MICROCHIRURGIA ÎN RECUPERAREA EXTREMITĂŢILOR AMPUTATE ACCIDENTAL

Dacă boala, în general, produce o perturbare în desfăşurarea cursului normal al vieţii, atunci pierderea unui membru şi în special a unei mîini sau a unor degete, la un om muncitor, înseamnă în plus o mutilare fizică gravă, cu repercusiuni din cele mai greu de suportat ; din punct de vedere fizic devine un dependent, iar psihic poate să rămînă un handicapat depresiv.

Cu toate progresele realizate în confecţionarea protezelor moderne ale membrelor, ele rămîn totuşi lipsite de sensibilitate, de fineţe şi de aceea nu pot oferi decît o recuperare funcţională modestă, nesatisfăcătoare.

Dealtfel, visul multimilenar al omenirii, exprimat în mitologie, basme şi legende, a fost refacerea fără de urme a oricărei părţi a corpului mutilat în lupta pentru existenţă şi împotriva răului. Acest vis îşi găseşte astăzi împlinirea, datorită progreselor de tehnică chirurgicală, realizate în ultimul timp.

Dacă în problema transplanturilor de organe chirurgia se izbeşte de zidurile încă neînduplecate ale fenomenului respingerii de către organism a unui organ transplantat de la un alt individ, pe care îl recunoaşte ca fiind străin structurii şi configuraţiei sale genetice, în schimb, în domeniul reimplantărilor de membre sau degete, amputate accidental, chirurgia nu întîmpină acest refuz, fiind vorba de reimplantarea propriilor ţesuturi.

Pentru ca reimplantarea să fie acceptată cu succes, trebuie să se aplice o tehnică chirurgicală specială, denumită microchirurgie, prin care se realizează sutura tuturor arterelor, venelor şi nervilor, fără de care viaţa segmentului de membru amputat este iremediabil pierdută. Această microchirurgie, care a debutat în anul 1960, se practică sub microscop operator (diploscop binocular), iar sutura vaselor mici, secţionate, cu diametrul sub 1 mm, se execută cu ace şi fire de sutură extrem de subţiri (de cîteva ori mai subţiri decît grosimea unui fir de păr). Fiind vorba de o tehnică chirurgicală

de mare finețe, pentru formarea microchirurgului este necesar un antrenament executat pe animale de experiență, pentru a însuși deprinderile foarte precise, cerute de tehnica reimplantărilor.

Cu toate că în urma reimplantării unui membru, din cauza cicatricelor multiple, fibroase, nu se obțin rezultate estetice și funcționale perfecte, ele sînt totuși net superioare celor ale oricărei proteze perfecționate. Pe de altă parte, nu se poate vorbi de succesul unei reimplantări de membru, dacă acesta, deși supraviețuiește, este lipsit de funcționalitate. Rolul său pur decorativ nu este satisfăcător dacă nu aduce, măcar parțial, o recuperare funcțională atît de necesară vieții bolnavului.

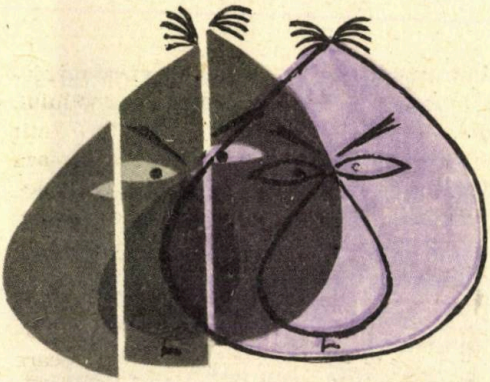
Indicația majoră a reimplantării o constituie amputația accidentală prin tăiere și fără zdrobire a brațului, a antebrațului, a mîinii, a policelui și a mai multor degete. Reimplantarea unui singur deget amputat parțial sau în întregime este o indicație relativă, deoarece lipsa unui deget (în afară de police) poate fi mai ușor recuperată prin adaptare funcțională decît prin reimplantare, degetul putînd să devină în acest caz mai mult jenant decît util pentru funcția globală a mîinii.

În afară de natura traumatismului, la indicarea unei reimplantări se mai ține seama de : profesiuni, vîrsta și starea generală a accidentatului, timpul scurs de la accident, precum și de modul de păstrare a segmentului de membru amputat. Lipsa prelungită a circulației sîngelui în partea amputată duce, desigur, la moartea definitivă a țesuturilor. Păstrată la rece, timpul de supraviețuire a țesuturilor se poate dubla și chiar tripla. De aceea, reimplantarea unui police amputat accidental iarna s-a soldat cu succes chiar după 32 de ore de la declanșarea accidentului. Temperatura optimă la care trebuie păstrat segmentul amputat este de +4°C. În acest scop, fără a-l dezinfecta sau curăți, se învelește cu comprese sterile sau cu o rufă curată (batistă, prosop), umezite cu apă și se introduce într-o pungă de material plastic ; în jur se pun bucăți de gheață. În cel mai scurt timp posibil se va ajunge cu accidentatul și cu segmentul amputat la centrul chirurgical, unde se poate face reimplantarea.

Tehnica chirurgicală de reimplantare este deosebit de minuțioasă și are drept scop restabilirea continuității oaselor, mușchilor, vaselor de sînge (artere și vene), nervilor și a pielii. Operația poate dura 6–8–12 ore și se execută la adăpostul unei bune anestezii, a antibioticelor și a anticoagulantelor.

La fel de importantă ca și operația de reimplantare este și reeducarea funcțională, care trebuie începută cît mai precoce, continuată cu perseverență timp îndelungat și ajutată atît de fizioterapie, cît și de voința bolnavului. Recuperarea funcțională trebuie să asigure acestuia redobîndirea sensibilității, a forței musculare, a mișcărilor articulare și, în cele din urmă, a capacității sale de muncă și de viață.

În lume sînt astăzi peste o mie de reimplantări făcute cu succes, deplin sau parțial, în peste 90% din cazuri. În acest mod, chirurgia modernă se mîndrește cu încă o cucerire pusă în slujba sănătății și fericirii omului.



CHIRURGIA PLASTICĂ maxilo-facială

PROF. DR. DOC. **VALERIAN POPESCU**
Membru corespondent al Academiei R.S.R.

Cu siguranță, chirurgia plastică are origini destul de vechi. Încă de la începuturile practicilor chirurgicale s-au făcut și încercări de reparație a unor defecte corporale fie congenitale, fie dobîndite în urma unor răniri sau distrucții patologice. Dealtfel, primele documente în care sînt descrise intervenții chirurgicale menționează și operații plastice ; în acest sens, merită a semnala faptul că medicina indiană deține o prioritate certă. Astfel, în Vedele indiene și în Cartea vieții brahmanilor, cu peste 2 000 de ani î.e.n., este prezentată, alături de alte tehnici chirurgicale, printre care laparatomia și operația cezariană, și o operație de refacere a nasului cu ajutorul pielii luată de pe frunte. Metoda s-a transmis de-a lungul veacurilor, fiind folosită și astăzi sub denumirea de „metodă indiană de rinoplastie". De asemenea, în scrierile și tratatele de medicină ale antichității (persane, egiptene, grecești și romane, precum și mai tîrziu în cele ale medicinii arabe) sînt consacrate capitole întregi operațiilor plastice.

Regiunea feței, datorită rolului său important în viața socială a oamenilor, a atras în mod cu totul deosebit atenția și eforturile chirurgilor, în vederea redării unui aspect cît mai apropiat de normal, în cazul unor defecte. Astfel, merită a fi amintită contribuția chirurgilor din perioada Renașterii italiene, Branca și Tagliacezzi (secolul al XV-lea și al XVI-lea), care foloseau lambouri din piele de pe brat, pentru repararea defectelor faciale, metodă larg răspîndită și în prezent sub denumirea de „metoda italiană" ; de asemenea, o serie de chirurgi de mare prestigiu din Franța și Germania arată preocupări pentru chirurgia plastică facială. Atît descoperirea anesteziei (Horáce Wels, 1846), cît și cea a microbilor (Pasteur, 1872), au făcut posibilă o impetuoasă dezvoltare a chirurgiei, punîndu-i la dispoziție mijloace de înlăturare a durerilor și de combatere a infecțiilor. Acestea constituiau cele două mari inconveniente care grevau desfășurarea operațiilor chirurgicale și compromiteau evoluția postoperatorie prin apariția, aproape sistematică, a complicațiilor supurative. De aceste descoperiri a beneficiat din plin și chirurgia plastică, punîndu-se la punct o gamă amplă de metode și tehnici pentru realizarea morfologică și funcțională a diferitelor segmente, țesuturi, aparate, organe ale corpului omenesc, inclusiv a regiunii feței. S-a conturat astfel un domeniu aparte al chirurgiei plastice — chirurgia plastică maxilo-facială —, care s-a individualizat ca specialitate încă după primul război mondial. Această specialitate are două ramuri importante :

— chirurgia reparatoare, reconstructivă, care urmărește refacerea structurilor maxilo-faciale ce lipsesc din naștere (nu s-au format în viața embrionară), care au fost distruse prin traumatisme sau prin diferite procese patologice sau care au fost înlăturate chirurgical (defecte cîștigate) ;

— chirurgia corectivă, care urmărește să corecteze unele deficiențe ale formelor faciale, pentru a reda feței aspectul său normal ; în acest cadru sînt cuprinse și o serie de intervenții efectuate în scopul de a ameliora (în sens estetic) fizionomia, formînd obiectul așa-zisei „chirurgii estetice".

Desigur însă că în practică se realizează o strînsă întrepătrundere între cele două ramuri, deoarece reconstrucția unui segment anatomic (nasul, de exemplu) nu poate fi concepută fără să se caute obținerea unei forme cît mai normale a reliefului piramidei nazale în ansamblu, precum și a elementelor de finețe : narine, lobul subcloazon. Dealtfel, reconstrucția sau corectarea plastică a devenit un corolar firesc, indispensabil, al tuturor intervențiilor chirurgicale maxilo-faciale, astăzi neputîndu-se concepe ca o operație care impune sacrificarea unei porțiuni de țesuturi din această regiune, să nu fie urmată de o reparare prin plastie a defectului rezultat.

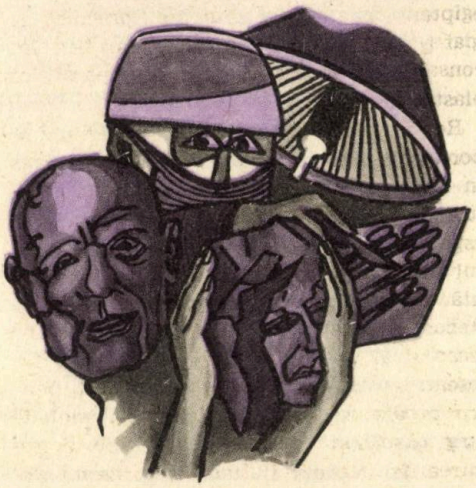
Chirurgia plastică maxilo-facială a înregistrat, în ultimele decenii, progrese deosebite, dispunînd azi de metode adecvate, adaptate în raport cu diversele situații.

Malformațiile congenitale ale feței care impun operații plastice se prezintă sub forme variate, cele mai frecvente fiind despicăturile labio-maxilo-palatine sagitale, denumite cu termenii de „buză de iepure" și „gură de lup". Se datoresc unor tulburări din viața embrionară, care împiedică dezvoltarea normală a mugurilor din care se formează fața, astfel încît există copii care se nasc cu buza superioară și bolta palatină despicate, cavitatea bucală nemaifiind separată de fosele nazale.

Intervenția chirurgicală urmărește să desăvîrșească ceea ce nu s-a înfăptuit în viața embrionară, respectiv să redea continuitatea structurilor care au rămas separate prin despicătură, înfăptuind, așa cum spunea Veau — unul dintre cei mai mari specialiști în acest domeniu — o „adevărată embriologie chirurgicală". Pentru obținerea celor mai bune rezultate atît în ceea ce privește normalizarea aspectului față, cît și în ceea ce privește corectitudinea vorbirii (fonației), s-a ajuns la concluzia că operația buzei trebuie efectuată la vîrsta de 6 luni, iar pentru bolta palatină la 2 ani. S-au preconizat diferite metode care, bine adaptate de la caz la caz și completate cu tratamente ortopedico-ortodontice, reușesc să asigure o dezvoltare morfologică normală, armonioasă a copilului.

Defectele faciale care interesează atît părțile moi, cît și oasele feței, beneficiază de intervenții plastice, ce realizează înlocuirea țesuturilor lipsă ; sînt reconstruite astfel reliefurile, forma și simetria feței, ameliorîndu-se aspectul fizionomic și, lucru deosebit de important, prin refacerea morfologică se creează condiții pentru desfășurarea cît mai normală a funcțiilor care fuseseră afectate (fonație, alimentație, respirație). Pentru refacerea părților moi, în defectele mai mici se folosesc țesuturi din vecinătatea defectului, care sînt deplasate sau transmutate prin diferite procedee ; în defectele mai întinse, se recoltează țesuturi de la distanță, din alte regiuni ale corpului, de obicei de pe abdomen, de pe torace, de pe brațe. Acestea sînt grefate la față sub formă de lambouri, și după ce și-au realizat un pedicul vascular care să le asigure o bună vitalitate, sînt modelate la nivelul defectului, urmărindu-se o refacere cît mai apropiată de normal. Din păcate însă, pielea adusă din alte regiuni ale corpului prezintă diferențe de structură față de tegumentele feței, păstrîndu-și aspectul particular chiar și după transplantare și din această cauză dezideratul estetic nu poate fi satisfăcut integral.

Refacerea substratului osos al maxilarelor, respectiv al reliefurilor și contururilor



faciale, precum și al continuității arcului mandibular, element esențial nu numai pentru armonia feței, ci îndeosebi pentru reabilitarea funcțională, se realizează prin plastie cu transplanturi de țesuturi (transplanturi biologice) sau cu diferite materiale inerte (implanturi aloplastice). Ca transplanturi biologice se folosesc fragmente de os sau de cartilaj, recoltate fie de la persoana respectivă (autotransplant), fie de la cadavre umane (homotransplant), fie chiar de la animale (heterotransplant). Acesta din urmă se pregătește prin metode speciale, pentru a preîntîmpina fenomenul de „respingere imunologică" și pentru a putea fi acceptat de organismul gazdă.

Dintre materialele aloplastice, în trecut s-au folosit metalele nobile (aurul, platina), iar în ultimele decenii s-a pus la punct o gamă variată de materiale sintetice (acrilat, silicon), care prezintă o bună tolerabilitate, permițînd modelarea implanturilor în așa fel încît să se poată realiza forma și dimesiunile dorite, care să reproducă cît mai adecvat reliefurile faciale.

Menționăm însă că aceste materiale nu se integrează în țesuturile în care sînt introduse, nu capătă legături vitale cu acestea, așa cum se întîmplă cu transplanturile biologice, ci își păstrează caracterele de „corpi străini", fiind numai „tolerate" de organismul gazdă, cu riscul însă ca, la un moment dat, să fie respinse, eliminate de acesta. Sînt totuși cazuri cînd toleranța lor a fost deosebit de lungă, fapt care le conferă o valoare certă în plastiile faciale.

În chirurgia plastică maxilo-facială un loc aparte îl ocupă plastiile corective. Acestea urmăresc să corecteze o serie de anomalii de dezvoltare și deformații severe, cum ar fi : dezvoltarea exagerată a mandibulei sau maxilarului superior (prognatism) sau, din contră, insuficienta dezvoltare a acestora (micrognatism, retrognatism), dezvoltarea lor asimetrică (laterognație), dezvoltarea exagerată sau deficitară a părților moi (hiperplazii, hipoplazii), hiperdezvoltarea sau hipodezvoltarea unei jumătăți a feței în totalitate (hemihipertrofii, hemiatrofii faciale) etc. În aceste cazuri se practică operații de alungire sau de scurtare osoasă, de înlăturare a țesuturilor în exces, de completare a țesuturilor nedezvoltate prin țesuturi aduse din alte zone sau cu materiale aloplastice (plastii de adițiune).

Alături de aceste defecte sau deformații cu caracter mutilant, care impun reconstrucții sau reparații chirurgicale, diferitele elemente constitutive ale feței pot prezenta unele devieri de la formele considerate ideale, care, deși de mică amploare, influențează armonia generală ; de asemenea, țesuturile și în special pielea, odată cu trecerea anilor, suferă modificări de structură, pierzîndu-și netezimea și consistența caracteristice tinereții. Este un proces biologic care își marchează, indubitabil, efectele nedorite la față. Or, chirurgia plastică îndeplinește rolul de corectare a acestora, cunoscîndu-se că aceste situații pot crea, pe lîngă insatisfacții de ordin afectiv, generatoare de complexe psihologice, și unele neajunsuri în viața familială. Astfel s-a dezvoltat chirurgia estetică, ramură de o deosebită importanță și actualitate, care se afirmă tot mai mult prin rezultatele deosebite privind aspectul fizionomic în realizarea personalității umane.

Chirurgia plastică își extinde preocupările, aducînd un aport însemnat și în restaurarea funcțională a sistemului dentar. Astfel, sînt folosite în prezent transplanturile dentare, corectarea chirurgicală a poziției dinților, iar la edentați, printr-o serie de intervenții denumite de „chirurgie proprotetică", se creează condiții pentru o mai bună adaptare și stabilitate a protezelor. În edentațiile totale, cînd atrofia osoasă este atît de avansată încît nu mai oferă relieful indispensabil așezării unei proteze, acest relief poate fi creat printr-o „plastie de adițiune", cu cartilaj recoltat de la bolnavul însuși.

În concluzie, putem preciza că de realizările chirurgiei plastice beneficiază din plin și domeniul maxilo-facial, cu eficiență nu numai pentru reabilitarea morfologică și funcțională a regiunii feței, dar și pentru cea psihică și socială.

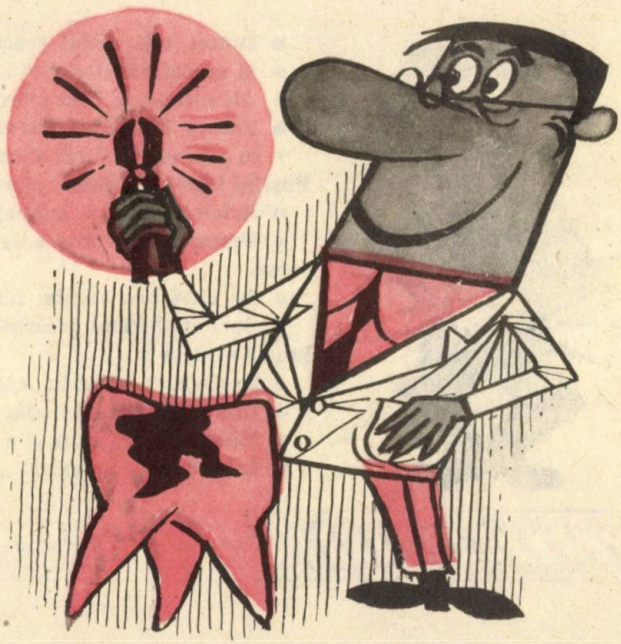
Cu și fără MĂSEAUA DE MINTE

Molarul de minte sau măseaua de minte este ultimul molar care apare după vîrsta de 18 ani. Omul adult are patru măsele de minte — două superioare și două inferioare.

Molarul de minte completează numărul total de 32 de dinți, pe care îl reprezintă dentiția. El erupe pe arcadă în jurul vîrstei de 18 ani, dar poate să apară și mult mai tîrziu, la vîrste oarecum fixe — 25, 35 sau 45 de ani. Se poate întîmpla ca acesta să nu apară deloc, deși este format, existînd în grosimea maxilarelor. Astfel, un molar de minte poate să stea ascuns, inclus în grosimea maxilarului, zeci de ani, fără a produce nici un fel de suferință. Alteori, el își face simțită prezența la un interval de timp mai scurt sau mai lung de la data la care ar fi trebuit să erupă, prin apariția unor dureri localizate, de regulă, pe toată întinderea respectivei jumătăți de arcadă dentară.

De asemenea, este posibil ca din cei patru molari de minte să erupă doar cei superiori, maxilarul inferior nepermițînd erupția din lipsă de spațiu. Acesta este un indiciu că omul viitorului nu va mai avea aceste măsele, ci va fi înzestrat cu un număr mai mic de dinți față de cel prezent. De multe ori, datorită spațiului îngust de erupție, măseaua de minte apare într-o poziție oblică, îndreptată spre vălul palatului sau, cel mai adesea, spre obraz. În asemenea cazuri, prezența ei va incomoda, provocînd mușcături sau răniri ale mucoasei obrazului. În acest caz, la scurt timp după erupția sa, deși nu prezintă leziuni carioase, datorită acestui inconvenient trebuie să fie extrasă.

Sînt situații cînd apariția la termen a măselei de minte pe un maxilar care permite erupția în condiții de spațiu normale poate pricinui neplăceri destul de sîcîitoare și enervante, cum ar fi : dureri surde continue și care se pot accentua, devenind tot mai violente sau dureri care cuprind și urechea și ochiul de partea respectivă, limitînd prin suferința pe care o provoacă mișcările de deschidere a gurii. Dacă atingerea gingiei din spatele ultimei măsele erupte este extrem de dureroasă, acest fapt poate constitui un semn că măseaua de minte va erupe. Dacă totuși durerea persistă și se accentuează în timp, fără ca măseaua să apară la suprafața gingiei, prezentarea la stomatolog într-o fază cît mai timpurie devine obligatorie. Prin efectuarea unei mici intervenții chirurgicale sub anestezie, constînd din tăierea unui căpăcel din mucoasa gingivală care acoperă măseaua, se va ușura și accelera considerabil erupția. Pînă la erupția totală a molarului de minte, se recomandă să nu se neglijeze igiena bucală și periajul dentar, chiar cu unele eforturi de voință cauzate de durerile provocate de manevrele efectuate prin periaj. Clătirea gurii cu ceai de mușețel se realizează cel mai bine introducînd soluția concentrată de ceai într-un autosifon. Jetul sub presiune, pulverizînd soluția, face ca ea să pătrundă în toate spațiile interdentare. Con-



trolul indicat de medic va fi şi el respectat cu rigurozitate.

În cazul nerespectării prescripţiilor de igienă bucală, există riscul de a se produce supuraţii ale măselei de minte, cu difuzarea puroiului în spaţiile vecine, atrăgînd după sine neplăceri mult mai mari şi un tratament mult mai anevoios şi mai îndelungat.

În concluzie, este necesar să menţionăm că măseaua de minte odată extrasă, dintr-un motiv sau altul, nu este necesară înlocuirea protetică a ei.

DR. FLORIN COLONAŞ

epigrame

Reabilitare mitologică

Pe Neptun să nu-l insulţi...
Întrecîndu-i mult elanul,
Bachus a-necat mai mulţi
Decît a-necat oceanul.

La oculist

Falsă-i, doctore, părerea
Cum că bînd îmi pierd vederea.
Eu, cînd beau dintr-un butoi,
Văd în loc de unul, doi.

Unui pisălog la medic

Ore-ntregi spune de toate,
Nu mai pot de el să scap.
E politicos cînd bate
Doar la uşă ... nu la cap.

Constatare

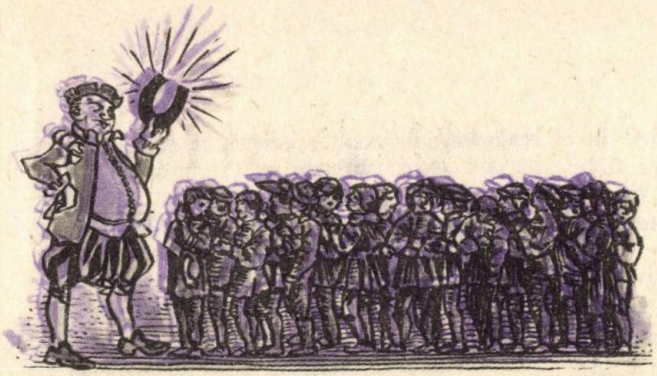
Epigramiştii de-altădată
Sînt morţi, dar au lucrări de seamă.
La cei de astăzi se constată
Decesul... doar în epigramă.

TEODOR MARICARU

Vitamina HAZ

V.D. POPA

- **Dintre toţi pomii fructiferi, chelul detestă doar părul.**
- **Şi un clarvăzător poate fi miop.**
- **Abia după ce ţi-ai pierdut capul, ai dureri de cap.**
- **Pentru băile cu ultraviolete nu trebuie să ştii să înoţi.**
- **În cabinet, medicul spuse elevului : „Hai să te examinez !" Puştiul întrebă speriat : „La ce materie ?"**
- **Ariciul este un animal în tratament cu acupunctură.**
- **Pescarul care suferă de insomnie susţine că are pană de somn.**
- **De cînd bea rachiu, sănătatea îi este pe drojdie.**
- **Oare diabeticul proaspăt căsătorit are voie să-şi petreacă luna de miere ?**
- **Reţetele se prescriu. Adică se scriu dinainte ?**
- **Una este să respiri, alta să-ţi dai aere.**
- **Măsea de minte are şi cel fără.**
- **În Bucureşti nu există nici o maternitate pe strada Berzei.**



MESMER și tratamentul prin MAGNETISMUL ANIMAL

DR. G. BRĂTESCU

După ce efectuase studii universitare în domeniul filozofiei, teologiei și dreptului, tînărul Franz Anton Mesmer, originar din Iznang, o localitate de pe malurile lacului Constanța, care desparte Elveția de Germania, a obținut în anul 1766 și titlul de doctor al Facultății de medicină din Viena. Lucrarea prezentată cu acel prilej trata o temă puțin obișnuită : *Despre influxul planetelor*. Se afirma aici că un fluid subtil străbate întregul cosmos, asigurînd deplasarea armonioasă a corpurilor cerești și permițînd planetelor să exercite o influență directă asupra sănătății oamenilor.

Mesmer, atunci în vîrstă de 32 de ani, a decis să se stabilească la Viena, unde s-a consacrat practicii medicale, interesîndu-se totodată de noile descoperiri în geologie, chimie, fizică și matematici, dar manifestîndu-se și ca un pasionat amator de muzică. S-a căsătorit cu o văduvă bogată, ceea ce i-a îngăduit ca somptuoasa lui locuință să devină loc de întîlnire al oamenilor de spirit, al savanților, al artiștilor și în special al muzicienilor. Genialul adolescent Wolfgang Amadeus Mozart a fost de mai multe ori găzduit în casa lui Mesmer.

În anul 1774, medicul vienez a început să aplice o metodă de tratament care avea mulți susținători în Anglia și care dealtfel a fost preconizată încă de la începutul secolului al XVI-lea de către ilustrul Paracelsus. Era vorba de aplicarea magneților pe corpul celor suferinzi, în credința că forța misterioasă, ascunsă în barele de fier capabile să atragă anumite obiecte metalice, ar putea scoate factorii „morbigeni" din organismul bolnavilor.

Mesmer a devenit un fanatic al acestei tehnici tămăduitoare și s-a străduit să „îmbunătățească" procedeele folosite pînă atunci. Astfel, el nu se mulțumea cu aplicarea unui singur magnet pe regiunea afectată, ci fixa unul pe umărul stîng, iar altul pe șoldul drept, pentru ca fluidul „astral" să străbată corpul întreg și să restabilească rapid circuitele vitale tulburate. Mai mult încă, medicul purta el însuși în jurul gîtului un magnet învelit într-o teacă de piele, în speranța că în felul acesta va spori energia vindecătoare.

Succesul tratamentului său l-a făcut de îndată celebru pe Mesmer în toată lumea germană. În 1775 el a fost proclamat membru al Academiei electoratului Bavariei, decizie influențată și de faptul că Osterwald, un consilier al academiei, declarase că s-a vindecat de paralizie și de o orbire progresivă prin tratamentul recomandat de Mesmer. Numai că, între timp, acesta își modificase concepțiile terapeutice. El constatase că aplicarea magneților nu este indispensabilă pentru obținerea lecuirii ; era de ajuns ca vindecătorul să-și lipească palmele pe trupul celui suferind și se producea un efect salutar, asemănător celui obținut prin folosirea instrumentului de fier. De aici concluzia că organismul omenesc și, în general, corpurile însuflețite sînt sediul unui fluid similar celui existent în magnetul metalic. Acest „magnetism animal", înrudit cu cel „mineral" și totuși diferit de acesta, ar putea fi concentrat în organismul unor indivizi înzestrați cu calități speciale și apoi descărcat în corpul celor

a căror sănătate este tulburată tocmai datorită unor neajunsuri în circulaţia fluidului vital. Mesmer pretindea că se pot obţine vindecări nu numai prin intervenţia directă a magnetizorului, ci şi cu ajutorul unor obiecte „magnetizate" de acesta, precum : apa, alimentele, îmbrăcămintea. La fel puteau fi „magnetizaţi" copacii, animalele domestice şi tot ce intra în contact cu bolnavii. Prin atingerea cu mîna, Mesmer susţinea că încarcă oglinzile cu fluidul binefăcător, astfel că toţi cei care se priveau în oglinda „preparată" în acest mod beneficiau de efectele curative ale magnetizării. Dar pretenţiile sale mergeau atît de departe, încît socotea că înlesneşte tămăduirea pacienţilor săi, făcîndu-i să asculte sunete emise de instrumente muzicale asupra cărora săvîrşise faimoasele-i „pase magnetice"...

La locuinţa lui de pe Landstrasse nr. 261 a fost amenajată o „clinică magnetică". Grădina vindecătorului se umplea în fiecare zi de bolnavi (reali sau închipuiţi), care intrau cu picioarele în apa „magnetizată" a havuzului, dîndu-şi mîna (pentru ca fluidul să crească în intensitate la trecerea dintr-un corp în altul), în aşteptarea ivirii doctorului miraculos.

Dar cu cît cei suferinzi se îmbulzeau la cabinetul său, pe atît forurile medicale vieneze se arătau mai iritate. Conflictul a izbucnit atunci cînd Mesmer a declarat că i-a redat vederea pianistei Maria Theresia Paradis, mult apreciată la curtea imperială, care orbise brusc la vîrsta de trei ani şi jumătate. Pentru a-i asigura un tratament conştiincios, medicul a adăpostit-o pe distinsa pacientă la locuinţa lui. Confraţii săi au tăgăduit rezultatele pozitive pe care Mesmer pretindea că începuse să le obţină. O comisie medicală oficială a conchis că aceste rezultate sînt iluzorii, iar părinţii tinerei pianiste, speriaţi, şi-au smuls odrasla cu forţa din ghearele „şarlatanului" şi „corupătorului".

Cazul Paradis este relevant pentru posibilităţile şi limitele meşteşugului vindecător al lui Mesmer. Foarte probabil, tînăra suferea de afecţiunea etichetată peste un secol drept „amauroză isterică", adică pierderea vederii datorită unor tulburări de ordin psihic. În aceste împrejurări, tratamentul prin sugestie, aplicat de Mesmer, putea să se dovedească eficace.

Revoltat pe confraţii săi neînţelegători şi pe autorităţile răuvoitoare, magnetizorul a părăsit Viena, stabilindu-se în anul 1778 la Paris. Saloanele hotelului Bouret din Place Vendôme au devenit curînd neîncăpătoare. Aici a instalat Mesmer patru „hîrdaie magnetice" : de primele trei, rezervate plătitorilor, care reţineau locuri cu mult înainte, se ocupa însuşi Mesmer, de ultimul, pus gratuit la dispoziţia săracilor, un valet. „Hîrdăul" era un butoi înalt de o jumătate de metru, cu diametrul de doi metri, iar pe fund se punea pilitură de fier şi sticlă pisată, peste care se dispuneau radial butelii, turnîndu-se apoi apă pînă pe la jumătate ; în hîrdău era cufundată şi o bară metalică, din care se ramificau manete pe care pacienţii le aplicau pe locul suferinţei. În încăpere era semiîntuneric, aerul îmbălsămat cu parfumuri şi o muzică discretă se auzea de alături.

Mesmer îşi făcea apariţia atunci cînd încordarea psihică a pacienţilor creştea îndeajuns. El se apropia de cîte un bolnav, pe care-l ţintuia cu privirea, în timp ce-l atingea cu o baghetă sau îi trecea palma peste faţă. Unii erau cuprinşi de tremurături sau se prăbuşeau în convulsii. Medi-

cul considera că astfel de „crize" sînt de bun augur, căci pregătesc vindecarea.

Deoarece hotelul Bouret s-a dovedit neîncăpător, Mesmer şi-a mutat sediul în hotelul Bullion din Montmartre. Pentru mulţimea săracilor care-i cereau asistenţa, a „magnetizat" un copac din apropiere, de care suferinzii se legau, în aşteptarea tămăduirii miraculoase.

Cînd renumele tratamentului său i s-a părut suficient de consolidat, a cerut guvernului francez să-i cumpere descoperirea. Fiindcă i s-au refuzat castelul şi proprietăţile pe care le pretindea, oferindu-i-se doar o rentă viageră de 30 000 de livre, Mesmer a părăsit Franţa, instalîndu-se în Germania, împreună cu cîţiva bolnavi şi cu admiratorii săi cei mai devotaţi.

Reîntors la Paris, a înfiinţat un fel de societate anonimă pentru exploatarea invenţiei sale. În multe oraşe ale Franţei s-au constituit atunci aşa-numite „societăţi ale armoniei", avînd ca scop difuzarea concepţiilor mesmeriste ; pentru a fi admis, solicitantul trebuia să aibă 25 de ani împliniţi, să se bucure de o reputaţie ireproşabilă, să nu fumeze şi să plătească o cotizaţie anuală.

Dar Mesmer nu era mulţumit numai cu acest succes „de public", ci ţinea să obţină recunoaşterea cercurilor savante. În urma insistenţelor, Academia de ştiinţe şi Facultatea de medicină din Paris au dat mandat unei comisii să verifice fundamentele teoretice şi rezultatele practice ale „tratamentelor magnetice".

Concluziile comisiei au fost, în general, defavorabile lui Mesmer. Savanţii au constatat că „fluidul magnetismului animal" nu poate fi pus în evidenţă prin mijloace experimentale. Ei au stabilit că vindecările sau ameliorările observate se datorau „imaginaţiei" pacienţilor, deoarece efecte terapeutice s-au obţinut şi atunci cînd suferinzilor li s-a comunicat că sînt puşi în contact cu materiale „magnetizate", fără ca acest lucru să fie adevărat.

În realitate, membrii comisiei n-au făcut decît să infirme explicaţiile teoretice prezentate de Mesmer, explicaţii în mare parte fanteziste, deoarece la epoca aceea nu se cunoşteau mecanismele elementare ale proceselor neuropsihice. Ei însă n-au putut contesta rezultatele practice ale tratamentului „magnetic". Din nefericire, savanţii care au respins concepţiile mesmeriste nu şi-au dat seama de valoarea metodologică inestimabilă a tratamentului prin sugestie, practicat de Mesmer. Peste un secol şi mai bine, celebrul clinician francez Jean Martin Charcot avea să tipărească, în revista „Archives de neurologie", studiul *Credinţa care vindecă*, o pledoarie în favoarea psihoterapiei ştiinţifice. Într-un fel, publicarea acestui studiu însemna şi reabilitarea lui Mesmer, ca promotor al utilizării fenomenului de sugestie în tratamentele medicale.

După izbucnirea revoluţiei, faimosul magnetizor s-a văzut nevoit să părăsească Franţa, deoarece era considerat suspect din pricina multiplelor sale relaţii cu notabilii vechiului regim. Aşa se face că Mesmer şi-a sfîrşit zilele, în 1815, retras într-o mică localitate din Elveţia, unde, uitat de lume, se îndeletnicea cu studiul şi acorda asistenţă medicală ţăranilor.

DIETETICĂ

(Triverb : 7, 4, 4)

ANTIBIOTIC

(Monoverb : 6—11)

ADAM STOICA

CALEIDOSCOP oftalmologic

PROF. DR. *M. OLTEANU*, DR. *B. CÂRSTOCEA*
CLINICA DE OFTALMOLOGIE I.M.F.,
SPITALUL MILITAR CENTRAL, BUCUREȘTI

• Din ce în ce mai mult pătrunde în terapeutică produsul cu numele de Timolol 0,5% sau 1%, utilizat în tratamentul hipertermiei oculare (glaucomului). El este bine tolerat, nu înroșește ochiul, nu modifică pupila, nu creează modificări de acuitate vizuală (miopie), adică dezavantajele oferite de pilocarpină, ezerină, mintacol. Spre deosebire de epinefrină (EPPY), nu crește tensiunea arterială.

În cursul anului 1979 acest medicament a fost aplicat și la noi, cu rezultate bune. În plus, preparatul are o acțiune secundară favorabilă cardiacilor.

• La persoanele cărora le cad genele, s-a observat că masajul cu zăpadă carbonică — criomasajul — are efect revulsiv local, cu rezultate favorabile în tratarea acestei afecțiuni. Tratamentul se aplică fără anestezie, nefiind dureros.

• Pentru prima dată, excepțional, la cerere expresă, familia poate asista la intervențiile chirurgicale efectuate pe ochi, sub microscop. Locul ? în Clinica universitară de oftalmologie de la Spitalul Militar Central, București. Alături de medici sau studenți, se urmărește pe monitoare (televizoare) sau pe un ecran mare cît un perete, transmiterea în direct a operației prin circuit intern de televiziune color. De asemenea, în scop științific sau ca act medico-legal, unele operații se înregistrează pe casete de magnetoscop, putînd fi văzute.

• În lume, ca și la noi, pătrunde din ce în ce mai mult implantul de cristalin din masă plastică, care-l înlocuiește pe cel cataractat. Astfel, cîmpul vizual fiind mare, se suprimă ochelarii cu lentile groase pentru distanță, prescriindu-se lentile corespunzătoare vîrstei numai pentru aproape.

Cu toată tehnica perfectă, dar fără vreun test de incompatibilitate prealabilă, unele organisme resping acest „corp străin". Rareori, ochiul rămîne roșu, cu glaucom secundar, iridociclite, keratite edematoase, oftalmie simpatică, ceea ce necesită tratamente sau intervenții. În plus, unii fizico-chimiști afirmă că polimetacrilatul de metil, materialul din care este confecționat cristalinul artificial, și-ar schimba proprietățile optice prin deteriorare chimică în timp, sub acțiunea umorilor organismului uman. Și totuși, cu indicații foarte justificate, Clinica universitară de oftalmologie de la Spitalul Militar Central este o adeptă a acestei metode.

• Infecțiile intraoculare beneficiază de acțiunea directă a unei „pompe aspiro-respingătoare", un instrument numit vitreotom. Aspirînd secrețiile purulente, se introduce în locul umorii sticloase infectate o soluție concentrată de antibiotice cu spectru larg de acțiune, polimicrobian. Au putut fi salvați astfel, pentru început, cîțiva ochi cu endoftalmită acută. În acest fel, unui aparat existent de cîțiva ani în

clinicile oftalmologice, i se dă o foarte recentă utilizare.

• Există corelația între ochi și inimă, evidențiată prin modificări electrocardiografice și constatată cu ocazia unor manopere sau operații oculare ; reflexele oculocardiace se manifestă prin rărirea pulsului și bătăi aritmice ale cordului. Cu ocazia operațiilor de strabism, chiar sub anestezie generală, s-a observat că aceste tulburări sînt mai frecvente la pacienții cu ochi căprui sau negri și aproape inexistente la cei cu ochi mai puțin pigmentați, albaștri sau cenușii.

• Autori americani au arătat că mamele care s-au drogat cu L.S.D. în primele 3 luni de sarcină au născut nevăzători, prezentînd malformații oculare tip microftalmie, ochi „cartilaginos", persistența vitrosului primar hiperplazic, displazie retiniană etc.

• Vitamina E, care se administrează miopilor (și este folosită de mulți în scop de potențare a virilității), s-a dovedit a favoriza apariția obstrucțiilor vasculare (embolie, tromboză). Explicația ar consta în creșterea numărului de plachete sanguine, a eritropoiezei, datorită amplificării activității androgenice și, posibil, prin scăderea hemolizei.

• Ambliopia (lenevirea vizuală a unui ochi) stă la baza strabismului. Au fost constatate o serie de noutăți în această afecțiune atît de răspîndită printre copii : se formează din primele săptămîni de viață ; chiar ocluzia precoce a ochiului sănătos și solicitarea celui leneș nu duce totdeauna la echilibre neurofiziologice satisfăcătoare ; bicuculina, un agent chimic descoperit recent și care are dezavantajul că provoacă convulsii, poate reda ochiului ambliop proprietăți excitatoare eficace asupra cortexului.

• Milioane de oameni (copii, adulți) sînt bolnavi de conjunctivită paratrahomatoasă, avînd ca origine uretrita negonococică. Sînt incriminați agenți cauzali de origine clamidiană, transmiși pe cale sexuală și duși apoi cu mîna la ochi.

S-a constatat că terapia cea mai eficientă constă în administrare generală și locală de tetraciclină sau rifampicină, timp de o lună. Este totuși o boală genito-oculară greu de stăpînit, datorită răspîndirii sale și a apariției cotidiene a mii de cazuri noi.

• Migrena cefalică sau cefaleea migrenoidă este explicată de unii autori prin efectul puternic vasodilatator al prostaglandinelor din grupul E asupra circulației carotidiene externe. Bineînțeles, există concomitent și suferință oculară. Sensibilitatea accentuată a unui teritoriu vascular față de prostaglandine ar putea constitui substratul biochimic al migrenelor. Ca inhibitor (antidot) al sintezei prostaglandinelor sînt aspirina și Indometacinul, cu efect favorabil în bolile amintite.

Dar ce sînt prostaglandinele ? Sînt acizi grași nesaturați, care se găsesc în sînge și care exercită un rol principal asupra unor glande endocrine ce provoacă efectele negative amintite.

• În ceea ce privește tratamentul glaucomului, există atitudini mai conservatoare sau mai intervenționiste În ultima vreme s-au pus la punct o serie de teste care să clarifice o serie de păreri controversate, referitoare la atitudinea ce trebuie luată. Astfel, există teste ce se referă la : vîrstă, raportul dintre tensiunea arterială și cea oculară, cîmpul vizual, examenul fundului de ochi, nevăzători în antecedentele familiale, date asupra producerii și eliminării umorii apoase etc., fapt care impune o cale sau alta, bazată pe criterii foarte precise, matematice.

• Pentru prima oară în lume a fost operat un copil de 9 zile, sub anestezie generală, pentru glaucom congenital și buftalmie (acest simptom, la cîteva zile de la naștere, este rarisim si a fost observat la timp de către o pediatră din Sibiu). Locul operației : Spitalul Militar Central, București.

Uveitele sau inflamațiile tunicii vasculare a ochiului sînt ușor de diagnosticat, dar greu de tratat, deoarece este foarte dificil de depistat agentul cauzal. Clinica din Zürich, cu tradiție în cercetarea acestei boli, prin dozarea anticorpilor din umoarea apoasă a ochiului bolnav, a găsit cauzalitatea acestei boli, ea fiind de tip toxoplasmoză sau virotică. Astfel, s-a constatat, exact contrariu părerilor de pînă acum, că această boală ar fi de etiologie tbc. sau reumatismală.

La persoanele sub vîrsta de 50 de ani, carența în riboflavină (vitamină din grupul B) și prezența unui zahăr din lapte (galactoză) au fost incriminate în producerea cataractei. Administrarea de riboflavină și suprimarea laptelui sau a derivatelor sale ar duce la dispariția opacităților cristaliniene, cînd această boală oculară apare prea precoce.

O boală oculară ca strabismul a fost bine studiată de automaticieni ; s-a stabilit prin ordinator cît trebuie să slăbim sau să întărim mușchii oculari spre a avea o redresare chirurgicală cît mai perfectă. Totuși, uneori, ordinatorul greșește, în timp ce un chirurg cu experiență nu. Explicația ar fi : malformațiile musculare descoperite numai de chirurg atunci cînd deschide ochiul.

Boxerii de performanță trebuie examinați periodic (inclusiv gonioscopic), deoarece sînt predispuși la glaucom, datorită modificărilor anatomice ce survin după lovituri repetate. Oricum, combatanții acestui „sport nobil" nu se poartă între ei chiar „cu mănuși".

Mozaic medical

● **Ochelarii** au apărut în timpul împăratului roman Nero. Pliniu cel Bătrîn povestește că Nero, despre care se știe cu certitudine că era miop, asista la luptele de gladiatori privind printr-un smarald. Medicul arab Bon al Haisam (secolul al XI-lea), întocmind prima descriere științifică a ochiului omenesc, a remarcat că obiectele privite prin lentile biconvexe par mai mari. Dar observația a trebuit să aștepte trei secole pînă ce italianul Salvino Amati, din Florența, a fabricat primii ochelari.

● Pînă la sintetizarea **vitaminei B_{12}** pe cale artificială era necesară o cantitate de 500 kg ficat de vacă pentru a extrage o fiolă de vitamină. De la extragerea ei pe cale naturală, în 1948, și pînă la sintetizarea ei au trecut aproape 20 de ani.

● **Aspirina** nu este o descoperire a zilelor noastre. Ea a fost folosită din timpuri imemoriale, sub formă de decocturi de lăstari și de coajă de salcie. Într-adevăr, aspirina derivă din substanța activă a salciei. Ea a intrat însă definitiv în uz din anul 1900, atunci cînd firma germană „Bayer" a reușit să prepare sintetic acidul acetilsalicilic după o metodă ușoară și ieftină. Succesul a fost fulgerător și în ciuda apariției atîtor medicamente noi, ea înregistrează an de an creșteri masive ale consumului.

● Populația maori din Noua Zeelandă deține recordul celei mai mari mortalități din lume, provocată de cancerul pulmonar. Explicația constă în faptul că fumatul de la vîrste fragede este foarte răspîndit la aceste populații.

Culese de **ADAM STOICA**

rebus

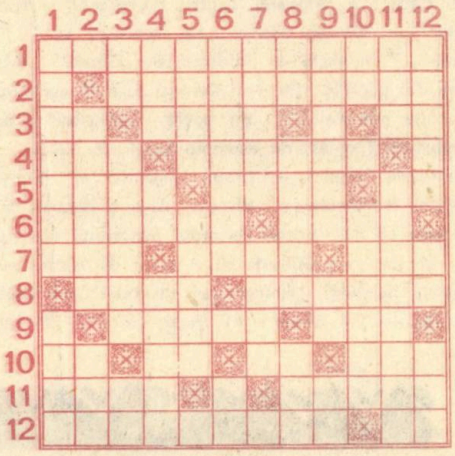
MEDICINA ÎN ROMANUL ROMÂNESC CONTEMPORAN

ORIZONTAL : 1. „... doctorul B.A.", titlul unui ciclu de romane din creaţia lui V. Em. Galan (neart.). 2. „Accidentul era...", titlul vol. III din ciclul amintit anterior. 3. Fără coadă... la O.R.L. ! — „... ciumei", roman de Szemlér Ferenc — E ceva cu ea ! 4. Studentul medicinist din romanul „Pînză de păianjen" de Cella Serghi — „...de lut", roman în care Demostene Botez ne prezintă pe Petru Voicu, care dintr-un vînzător de ziare va ajunge un remarcabil chirurg. 5. Logodnicul doctoriţei Clara Vogel din romanul „Trei ceasuri în iad" de Leonida Plămădeală — Fructe cărnoase, cu miezul zemos, în care se află seminţele — Semnat la mijloc ! 6. Populaţie din Africa — Tînărul intelectual din romanul „Întunecare" de Cezar Petrescu, înstrăinat de societatea sa prin mutilarea fizică şi morală provocată de război, care sfîrşeşte prin a se autosuprima. 7. Interjecţie — Doctorul — profesor universitar din romanul „Vestibul" de Alexandru Ivasiuc — Tînăra infirmieră din romanul „Staţii în cîmpiile dezordinii" de Mihai Tunaru. 8. Arbust — A face cunoscut. 9. Urare făcută la o masă — În viaţă. 10. Spui în final ! — Nota redacţiei — Serveşte ! — Apă stătătoare. 11. Medicul dotat din romanul „Prin ce se deosebeşte această noapte ?" de B. Elvin — Tînăra care suferă o intervenţie pe cord deschis în romanul „Vara" de Nicolae Damian. 12. Medicul din romanul „Ştii, Lavinia, caracatiţele..." de Leonida Neamţu — Folosinţă.

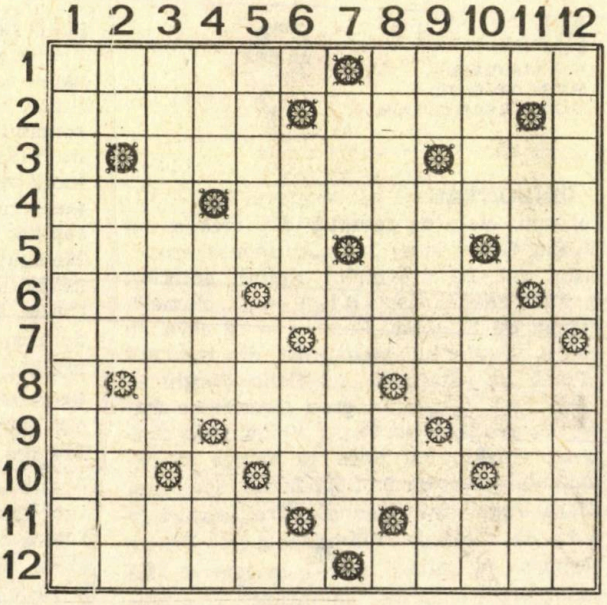
VERTICAL : 1. Autorul romanului „Zilele", care înfăţişează pe un medic ce înţelege să renunţe la condiţiile de confort pentru a-şi îndeplini misiunea, în ciuda obtuzităţii unei soţii egoiste (Radu) — „...o lungă şi grea suferinţă", romanul scriitorului de la 12 vertical. 2. Studenta din ultimul an la medicină, eroină a romanului „Fericirea" de Ion Istrati — ...Cristian, eminentul cercetător din romanul „Orgolii" de Augustin Buzura, pasionat de problema găsirii unui citostatic pentru vindecarea cancerului. 3. Canină ! — Scriitor de limbă maghiară din ţara noastră, care în romanul „Trandafirii voluntari ai Sodomei" ne prezintă o alegere apocaliptică a lumii viitorului, căreia îi sînt caracteristice maşinismul, boala şi poluarea — Rănit la cap ! 4. Rîu în U.R.S.S. — Moral ridicat ! — Medicul stomatolog din romanul „Zăpada nevăzută" de Silvia Cincă. 5. Insulă pe coasta Norvegiei — „...meu Ulise", roman de Traian Coşovei, de fapt o reconstituire lirică a personalităţii unui virtual artist, nerealizat din cauza unei maladii incurabile (neart.). 6. Care poate fi mărturisit — Precum. 7. Soţia medicului Imre din romanul „Vatra închisă" de Berde Maria, care participă la război ca infirmieră — Literă chirilică. 8. Spitalul central ! — Pe el se proiectează filmele — Neîntrecuţi. 9. Prietenul lui Ionaş din romanul „Zăpada nevăzută" de Silvia Cincă, un eminent chirurg — Parte de cuvînt ! — Dumneata, prietene. 10. Ibis ! — Doctorul, un personaj memorabil din romanul „Vînătoare regală" de D. R. Popescu. 11. Autorul romanului „Durerile altora" — Medic din romanul „Risipitorii" de Marin Preda. 12. Autorul romanului „După o lungă şi grea suferinţă" ! S-aude la... dentist — Împrejurare.

Dicţionar : NILOTI, UCI, TNA, RENO, EATI.

ADAM STOICA



FRUCTELE
SURSĂ DE VITAMINE

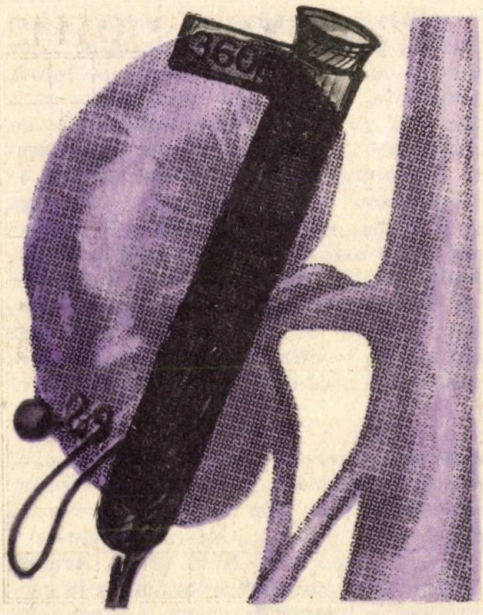


ORIZONTAL : 1. Eroină din romanul „La Medeleni" de Ionel Teodoreanu, prezentată de autor ca „visul unui poet japonez îndrăgostit de piersici" — ...şi „Femeia proaspătă şi luminoasă ca o mandarină cojită" din acelaşi roman. 2. A scoate pe cineva din pepeni — Eroina piesei „Livada cu vişini" de Cehov. 3. „...cu mere", piesă de B. Shaw — Fructul discordiei. 4. Oferi — Aşteaptă să le pice perele în gură, în maniera lui Nătăfleaţă. 5. Piesă de G. M. Zamfirescu, subintitulată „Parabolă cu o haimana, o portocaliţă şi un vis" — Ne cheamă la telefon şi el dispare ! — Caise ! 6. Ambalaj pentru transportul fructelor — Autorul poeziei „La fereastra spre livadă". 7. A exala — Sfidător. 8. „Cireşe" este una din poeziile sale — „Cunoşti ţara în care înfloreşte portocalul ?" din opera „Mignon" de Ambroise Thomas, de exemplu (pl.). 9. Valoros... diminutiv feminin — Eroul legendar al luptei pentru independenţa Elveţiei, care a doborît cu săgeata un măr aşezat pe capul propriului său fiu — Rîu în Noua Guinee. 10. A prins de veste ! — Eroina baletului „Spărgătorul de nuci" de Ceaikovski — 2,3 cireşe ! 11. A se certa — Fructe ce pot fi bergamote, mălăieţe, pădureţe etc. 12. Personajul central din nuvela „Vişinul" de Ion Istrati — Pom cu fructe asemănătoare vişinelor.

VERTICAL : 1. Fructele lui Topîrceanu (2 cuv.). 2. Ordin de sus ! — Mărul lui în gîtul nostru — Eroul nuvelei „Agrişul" de Cehov. 3. Cînd o face plopul pere şi răchita micşunele — Imperativ al creaţiei. 4. Bătută la spate — Termen de respect pentru o femeie mai în vîrstă (pop.) — Pom cu fructe tomnatice. 5. „Flori, mere şi...", tablou de Gheorghe Petraşcu — Minge în afară de joc — Nu-i mai la Mihai ! 6. Mari amatori de zmeură — Localitate în Thailanda. 7. Cai dobrogeni — Al ochiului. 8. Plante exotice, cu fructe aromate şi suculente — Cules ! 9. Demisec ! — Soţia lui Enache din nuvela „Vişinul" de Ion Istrati — Varietate de mere. 10. Rîu în U.R.S.S. — Lacheul Ranevskaiei din piesa „Livada cu vişini" de Cehov — Stoper ! 11. Prefix pentru păsări — Lectură. 12. Fructe verzi şi acrişoare — Autorul volumului de versuri „Fructe în mai".

Dicţionar : STU, TEM, API, IAMA, AVI.

ADAM STOICA



DIAGNOSTICUL PRECOCE AL AFECȚIUNILOR RENALE

DR. GEORGETA NESTOR
șef de lucrări
Clinica medicală, Spitalul „Fundeni"

Bolile de rinichi reprezintă afecțiuni severe, care reduc capacitatea de muncă, necesitînd un tratament susținut.

Recunoașterea din vreme a acestor boli este extrem de utilă pentru bolnav, deoarece printr-un tratament instituit precoce și un regim alimentar adecvat, ele se pot vindeca. În schimb, boala renală neglijată sau nerecunoscută are o evoluție progresivă.

Semnele care trebuie să atragă atenția bolnavului sînt : prezența edemului, a tulburărilor urinare și a durerilor lombare. Edemele de la nivelul pleoapelor, apărute în special dimineața, sau edemele gleznelor (reținerea de lichid pe care rinichiul bolnav nu-l mai poate elimina) trebuie să atragă atenția asupra unei eventuale boli de rinichi și de aceea aceste semne nu trebuie neglijate, ci aduse imediat la cunoștința medicului. În sprijinul diagnosticării cît mai precoce a bolilor de rinichi, se va efectua analiza de urină, care va preciza prezența albuminuriei (pierdere de proteine prin urină).

Tulburările urinare sînt simptome determinate de infecția, inflamația sau obstrucția căilor urinare și a vezicii urinare, însoțite și de tulburări de micțiune. Astfel, usturimea la urinat, senzația de urinare frecventă, necesitatea de a urina des în timpul zilei și a nopții atrag atenția asupra unei eventuale infecții urinare. Urina tulbure, urît mirositoare, cu aspect de „spălătură de carne" pledează, de asemenea, pentru astfel de infecții.

Analiza urinei efectuată în asemenea cazuri pune în evidență prezența puroiului, a sîngelui și a microbilor. De aceea, se impune un tratament antimicrobian adecvat, precum și cura de diureză (administrarea de ceaiuri și băuturi nealcoolice), care vor duce, fără îndoială, la vindecare.

Și hematuria (prezența sîngelui în urină) are totdeauna o semnificație severă. Ea poate fi provocată de nefrite, tumori, accidente vasculare, infecții, anomalii, calculi sau traumatisme ale tractului urinar.

În cazul în care aceste infecții sînt neglijate, ele devin continue sau repetate, ducînd la alterări renale, cu apariția ulterioară a insuficienței renale sau a hipertensiunii renale. De aceea, semnalarea neîntîrziată a tuturor acestor neajunsuri în timp util este imperios necesară.

Durerile de mijloc sînt deseori interpretate greșit de bolnav ca „spondiloză", „lumbago" sau răceală. Aceste dureri lombare moderate sau foarte supărătoare, trecătoare sau permanente, unilaterale sau în ambele părți, trebuie relatate medicului, care va încadra corect originea lor, prin examen clinic amănunțit, radiografie lombară, analize de laborator.

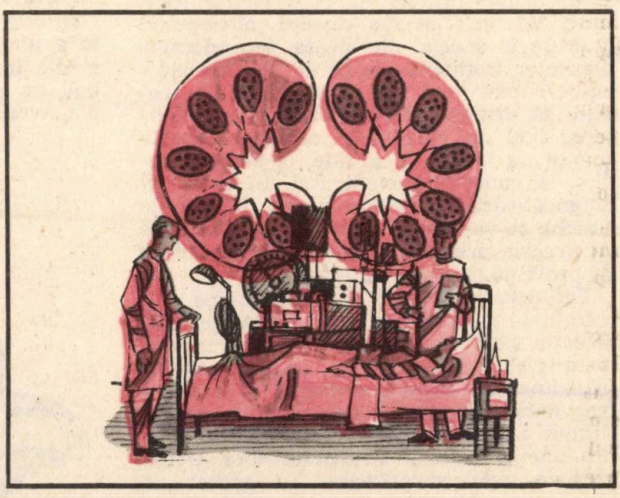
În concluzie, observarea atentă și corectă a unor fenomene de boală îl ajută pe medic în diagnosticarea precoce a unor boli de rinichi care, nedepistate la timp, pot avea o evoluție nefavorabilă.

Rinichiul artificial

Cercetările efectuate în domeniul medicinii s-au îndreptat, în ultima vreme, către descoperirea unor tehnici, metode și aparate tot mai perfecționate, în scopul înlocuirii temporare sau definitive, a unor organe, a funcțiilor deficitare ale acestora, făcînd astfel posibilă continuarea vieții. În multe situații s-a reușit găsirea unor metode de suplinire a funcțiilor unor organe, cîștigîndu-se astfel timpul necesar ca aceste organe să se poată vindeca sau să poată fi supuse unei operații chirurgicale. Astfel, unui bolnav căruia i s-a oprit respirația sau aceasta se efectuează insuficient, se aplică respirația artificială. Aceasta poate dura de la ore și zile, pînă la săptămîni întregi, aparatele respective înlocuind respirația normală a bolnavului pînă la înlăturarea cauzei care a determinat oprirea ei. Un alt exemplu de suplinire a unei funcții îl constituie circulația artificială, care se realizează cu o aparatură specială (cord-plămîn), dar numai pentru o perioadă scurtă de timp, în special atunci cînd se fac unele operații pe inimă. În timpul intervenției chirurgicale, acesta este scos din funcție. Sînt însă aparate, care, pentru a fi eficace, trebuie să fie utilizate în permanență ; așa este aparatul de reglare a ritmului inimii, ce se implantează în organism. O altă metodă care se aplică pe scară largă de mult timp și în țara noastră, existînd deja o vastă experiență, este aceea care folosește rinichiul artificial, metodă denumită hemodializă. Metoda se încadrează în categoria așa-numitelor tehnici de circulație extracorporeală, adică sîngele circulă printr-un sistem de tuburi și aparatură ce se află în afara bolnavului, ca și în cazul aparatului cord-plămîn, utilizat în operațiile pe inimă.

Viața se menține în corpul uman și datorită unor arderi de substanțe alimentare, de oxigen, de țesuturi proprii ale organismului etc. Din aceste arderi rezultă o mulțime de deșeuri, o parte din ele eliminîndu-se și prin urină, cea mai importantă fiind ureea. Această substanță este toxică, și acumulată în organism în cantitate mare produce o intoxicație gravă, ducînd chiar la comă, așa-numita comă uremică. În caz de uremie crescută (doza de uree în sînge), bolnavul nu urinează sau urinează în cantitate prea mică ; așa se întîmplă în unele boli renale, cînd rinichiul este scos parțial din funcție. De asemenea, uremia mai poate fi crescută și în unele boli în care arderile sînt foarte mari, iar rinichii nu pot elimina întreaga cantitate de uree produsă.

Din aceste motive s-au căutat metode de a înlocui funcția rinichilor, eliminînd uree în mod artificial, fapt care se realizează în cele mai bune condiții prin hemodializă (rinichi artificial).



Rinichiul artificial este un aparat care se așază lîngă patul bolnavului, iar legătura dintre acesta și aparat se face cu ajutorul unor țevi din material plastic, implantate într-o arteră și o venă a organismului bolnavului. Din arteră, sîngele urmează diferite circuite ale aparatului și va reveni în corp prin țeava implantată în venă. Foarte mulți consideră, în mod greșit, că rinichiul artificial este un aparat care se implantează, se introduce prin operație în corpul bolnavului, în locul propriului rinichi.

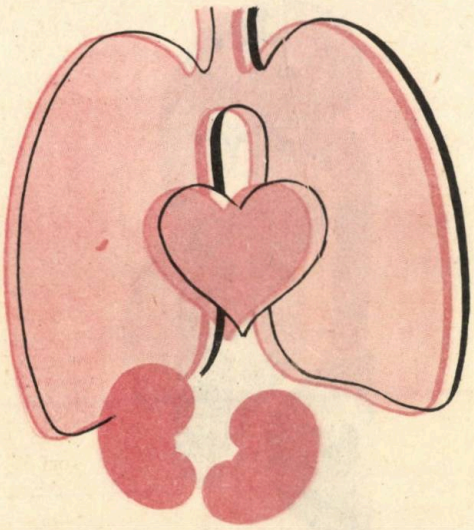
Menționăm că rinichiul artificial se mai folosește și pentru scoaterea din organism a altor substanțe toxice, ca unele medicamente luate în cantitate mare, otrăvuri, săruri, apă în exces etc. O indicație majoră a acestei metode este de a menține bolnavii renali cronici în viață pînă la ivirea posibilității unui transplant renal.

Principiul pe care se bazează metoda constă în a pune sîngele bolnavului în contact cu o soluție apoasă prin intermediul unei membrane despărțitoare semipermeabile, confecționate din celofan sau, mai bine, din cuprofan. Rezultatele obținute se datoresc următoarelor fenomene:

Dializa este fenomenul prin care anumite substanțe trec dintr-un mediu în altul, în funcție de mărimea porilor membranei despărțitoare. Datorită acestui fenomen, ureea din sîngele bolnavului trece în soluția de apă și săruri — soluții cu o anumită compoziție și proprietăți — și apoi este evacuată.

Alt fenomen îl reprezintă osmoza, care, prin intermediul unei membrane semipermeabile, permite absorbția de apă dintr-un mediu de apă simplă într-un mediu coloidal.

Ultrafiltrarea este cel de-al treilea fenomen prin care se produce un transfer de apă în partea opusă celei unde se exercită o presiune hidrostatică. Astfel, dacă se exercită o presiune pe circuitul sîngelui la nivelul membranei, se poate scoate o anumită cantitate din apa conținută în sînge. Această manevră se practică în cazul unui bolnav hiperhidratat (îmbibat cu prea multă apă).



Aparatele au cunoscut îmbunătățiri de-a lungul anilor, atît în ceea ce privește pompele de scoatere a sîngelui din organism, de împingere a lui înapoi după ce a venit în contact cu membrana, cît și îmbunătățiri ale calității membranei.

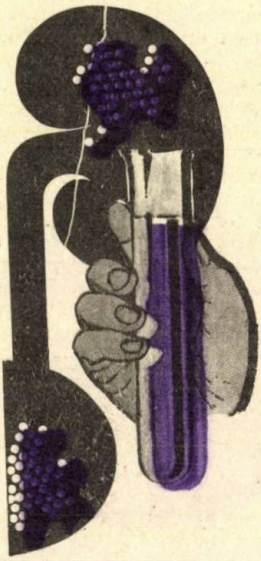
Aparatele se bazează pe un circuit sanguin bolnav-aparat-bolnav, unde este interpus dializatorul (membrana). În tubulatura prin care circulă sîngele se mai află și filtre, cu scopul de a împiedica circulația eventualelor cheaguri de sînge, precum și capcane de aer, care opresc aerul să ajungă în vasele sanguine ale bolnavului. Sîngele circulă prin această tubulatură, punîndu-se în funcțiune pompe aspiratoare-respingătoare.

Aparatul, fiind sterilizat din fabrică, nu poate fi întrebuințat decît o singură dată, motiv pentru care hemodializa este o metodă costisitoare.

Prima hemodializă a fost efectuată în anul 1944 de către Kollf, deși cercetările au fost începute cu mult înainte de către Rowntre și Turner, care au experimentat metoda în 1914 pe cîini, cu niște cilindri de colodium.

În prezent, metoda este răspîndită pe întregul glob, zeci de mii de bolnavi prelungindu-și viața.

Dr. doc. ZOREL FILIPESCU
Spitalul clinic de urgență



PIELONEFRITA

O AFECȚIUNE RENALĂ FRECVENTĂ

Această boală definește infecția căilor urinare, adică a formațiilor anatomice care conduc urina de la rinichi (organul producător) pînă la ultimul segment (uretra), pe unde se elimină. Căile urinare sînt constituite din mai multe segmente: *calicele*, care se află chiar în interiorul rinichilor, de unde prinește urina secretată de nefroni; *bazinetul*, micul rezervor care o propulsează spre uretere; *vezica urinară* sau, după numele popular, *băşica udului*, care constituie marele rezervor unde se oprește un timp mai îndelungat, și *uretra*. Din punct de vedere fiziologic, căile urinare se pot împărți în două compartimente distincte și separate printr-un mecanism de închidere, un zăvor care nu permite trecerea urinei din compartimentul inferior, uretrovezical, nesteril, în cel superior, ureter o-bazineto-caliceal, steril. Inflamația uretrovezicală se manifestă prin urinări frecvente (polakiurie) și dureroase (disurie), iar infecția compartimentului superior se manifestă prin frison, uneori foarte violent, febră și dureri lombare, cauzate de creșterea în volum a rinichiului, provocată de un edem inflamator.

Pielonefrita survine adeseori, fiind cea mai frecventă boală renală și, în același timp, cea mai frecventă boală infecțioasă. Această constatare este atestată de unele statistici, din care reiese că 60% din uremii, adică din insuficiențele renale incurabile, se datoresc acestei afecțiuni. Ea se poate întîlni la toate vîrstele: la copii mici, chiar sugari, provocată de imaturitatea sau alterarea mecanismului de închidere a celor două compartimente și are ca urmare pătrunderea urinei nesterile din compartimentul inferior în cel superior; la bătrîni, datorită, în special, compresiunii căilor urinare de către o tumoare de prostată; la adulții de toate vîrstele, cauzată de stagnarea urinei în urma unui calcul sau a unei stenozări; la femei, din cauza uretrei, care este scurtă, de 4—5 cm, și a perturbărilor produse de sarcină (hipotonia vezicii, modificări de circulație) și, mai ales, de compresiunea ureterelor. Un număr mare de pielonefrite se înregistrează la diabetici, datorită predispoziției pe care o au aceștia la infecții, predispoziție dată de modificările de tonus muscular, ceea ce determină producerea stazei urinare.

Evoluția bolii este lungă, de ani sau chiar de zeci de ani și de multe ori ușoară, chiar silențioasă, cu recăderi de scurtă durată și rare, motiv pentru care este privită adesea cu ușurință. Apariția simptomelor urinare și a febrei nu trebuie atribuită unei cauze banale. Chiar dacă acestea au trecut, nu înseamnă că aparatul urinar este sănătos, boala putînd să evolueze insidios, pe ascuns, pînă la pierderea funcției esențiale a rinichiului. De aceea se recomandă ca la apariția frisonu-

lui urmat de febră şi transpiraţie (ca un acces de malarie) să fie consultat medicul, care, în urma unui examen complet, va preciza diagnosticul. Urocultura este absolut necesară, ea evidenţiind atît numărul, cît şi specia de microbi ; un număr superior celui de 100 000/ml de urină este caracteristic infecţiei renale. Colibacilul este în general prezent în formele acute, urmat de enterococ (numit şi streptococ fecal), de proteus, iar în formele mai vechi sau cronice se pot pune în evidenţă pneumobacilul Friedländer, piocianicul (bacil foarte rezistent), stafilococul auriu etc. Aproape toţi aceşti germeni provin din intestinul gros, unde au un rol important în procesul de digestie şi asimilare a hranei de către celulele din ţesuturi şi organe ; ei intervin în diviziunea moleculelor alimentare mari, care nu se pot resorbi, în elemente simple, moleculare sau submoleculare, care trec în vasele limfatice şi apoi în torentul vascular. Un alt rol al acestor germeni îl constituie participarea la sinteza purinelor şi a nucleotidelor, care intră în compoziţia celulelor tinere sau în formaţie, înlocuind celulele vechi care se elimină. Aceste situaţii, deşi paradoxale, constituie un exemplu că anumiţi microbi utili atîta timp cît sînt în colon devin periculoşi şi patogeni cînd ies în afară.

Infectarea rinichiului se face pe cale ascendentă, pornind de la uretră. Aceasta este deschisă în partea ei inferioară — meatul urinar — şi se contaminează cu microbii anali sau vaginali, mai ales că ea este scurtă la femei, măsurînd numai cîţiva centimetri. De la uretră, infecţia se urcă la vezică, apoi la uretere, bazinet, calice şi în hilul rinichiului, putînd afecta nefronii, care reprezintă elementele secretorii.

Complicaţiile pielonefritei sînt multiple, dar survin rar şi numai în formele grave şi neglijate de bolnavi ; acestea constau în : microabcese corticale, flegmon perirenal, adică puroi în jurul rinichilor, pionefroză (rinichiul cu toate formaţiunile interioare transformat într-o pungă cu conţinut purulent). În afară de aceste afecţiuni, poate interveni şi o atrofie a rinichiului, datorită sclerozei acestuia, provocată de procesul infecţios, care sugrumă vasele sanguine şi determină apariţia unei hipertensiuni arteriale maligne, ce nu cedează decît la extirparea rinichiului.

Tratamentul pielonefritei urmăreşte două obiective : în primul rînd, suprimarea stazei urinare prin înlăturarea compresiunilor, a calculilor sau a stricturilor care se pot afla de-a lungul căilor urinare, începînd de la uretră şi pînă la calice. Pentru depistarea acestor deficienţe este nevoie de o urografie cu o substanţă iodată de contrast, injectată intravenos, care permite vizualizarea formei şi conţinutului căilor urinare. În al doilea rînd, anihilarea infecţiei, prin distrugerea germenilor implicaţi, cu antibioticul cel mai activ, după testarea în laborator a antibioticelor cunoscute. Se vor lua toate măsurile pentru a se evita recăderile, destul de frecvente dealtfel, administrîndu-se, la recomandarea medicului, preparatele antiinfecţioase adecvate.

GARUS

Pentru nou-născuți

(Monoverb : 5—8)

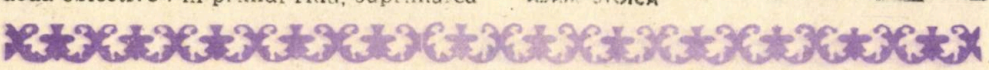
CARDIACĂ

(Monoverb : 5—8)

La analize

(Biverb : 2—9)

ADAM STOICA



EPIGRAME

EPIGRAME * EPIGRAME * EPIGRAME

Unui fumător

Vezi că tensiunea crește !
Pune frînă la nărav !
Sănătatea se păzește
Nu numai cînd ești bolnav !

Unui medic care face și epigrame

Pe a epigramei pantă
De-ai căzut, ce pot să-ți fac ?
Glumele fără de poantă-s
Ca seringa fără ac !

Dentist și epigramist

Meșerii la antipod,
Se aseamănă-n esențe.
Carii vindecă dentistul,
Un epigramist, carențe.

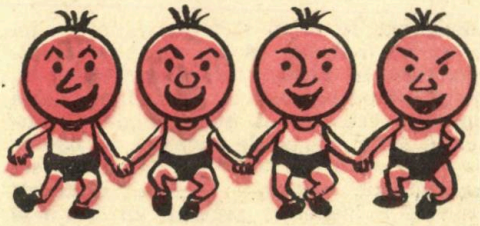
Geneză

Eva știm că s-a-ntrupat
Într-o zi cu zvon de harpe,
Dintr-o coastă de bărbat...
Dar cu limba de la șarpe !

Unui amic obez

Ciudat lucru se întîmplă
Cu amicul meu Haiduc.
El în troleibuz nu-ncape
Dar încape sub papuc !

GH. ZARAFU



PASTILE...vesele

— Eu și nevastă-mea avem vederi deosebite.
— Cum asta ?
— Păi ea este mioapă, iar eu presbit !

•

— Puișor, dacă nu mănînci toată supa din farfurie, nenea doctorul a spus că n-o să crești mare.
— Dar tu, mămico, cît de mare o să te faci ?
— Eu nu mai cresc, Puișor.
— Da ? Atunci de ce mai mănînci supă ?

•

— Tovarășe doctor, v-am urmat sfatul ca să adorm seara. Am numărat pînă la 2 147 832.
— Și pe urmă ?
— S-a făcut ora să plec la serviciu !

V. D. POPA

AFECȚIUNI ECZEMATOASE ALE MÎINILOR

CONF. DR. AL. BĂDĂNOIU
Clinica dermatologică, Facultatea de medicină, Craiova

Mîinile constituie, după cum se știe, adevărate „unelte" de mare rafinament tehnic, permițînd omului manevre din cele mai fine și mai complicate. Dealtfel, nu mai este pentru nimeni un secret că structura și funcționalitatea mîinii reprezintă o trăsătură proprie speciei umane. Dar, în afara celor arătate, interrelațiile umane care s-au stabilit și dezvoltat pe plan social, precum și creșterea nivelului de cultură, de educație medico-sanitară și, poate, nu în cele din urmă exigențele estetice, au făcut ca mîinilor să li se atribuie o atenție particulară, nu numai ca organ prehensiv, ci și datorită modificărilor pe care le-ar putea încerca tegumentele care le acoperă.

Într-adevăr, prin starea ei naturală, pielea mîinilor este supusă contactului aproape constant cu mediul înconjurător

de viață și de muncă, putînd suferi, prin urmare, influențele unor factori externi. De asemenea, tulburări interne pot genera atingeri ale pielii mîinilor. În ambele circumstanțe, suferințele cutanate pot îmbrăca aspecte eczematoase, motiv pentru care este oportună cunoașterea mai aprofundată a cauzelor care le determină.

Dermite de contact

Așa după cum am menționat, instrumentul de lucru — mîna — poate veni în contact cu felurite substanțe, fie în timpul activității gospodărești, fie în cursul exercitării profesiunii, fie, pur și simplu, accidental. Unele din aceste substanțe, cum ar fi : acizii, bazele și sărurile concentrate, provoacă iritații ale pielii, prin acțiunea lor directă, nemijlocită. La locul de atingere apar zone roșietice umflate, care se pot acoperi cu vezicule sau flictene. Leziunile cutanate pot fi însoțite de senzații de arsură, durere sau mîncărime. Asemenea dermite acute de contact sînt de obicei rezultatul manipulării neglijente și neprotejate a substanțelor de felul celor menționate mai sus.

Alteori, ca urmare a folosirii excesive și fără măsuri de protecție adecvată a unor produse ce slăbesc capacitatea de apărare a tegumentelor, survin așa-numitele *dermite de uzură*. În aceste circumstanțe pielea mîinilor devine aspră, se fisurează cu ușurință, mai ales la nivelul plicilor naturale de flexiune, epiderma sfîrșind prin a se îngroșa, mai ales pe fețele palmare. Așa se întîmplă după contactul îndelungat și repetat cu săpunuri, cu detergenți, cu solvenți organici, cum ar fi : alcoolul, acetona, benzina etc.

Pe lîngă dermitele de contact amintite, cauzate de substanțe direct iritante, tegumentele mîinilor mai pot fi afectate de procese eczematoase determinate nu de proprietățile iritante ale unor substanțe date, ci, de data aceasta, de calitățile lor alergizante. Acestea sînt ***dermitele alergice de contact sau eczemele de contact***. Leziunile cutanate sînt reprezentate de placarde roșietice, cu vezicule și cruste cantonate exclusiv pe zonele tegumentare care vin în contact cu alergenul cauzal. Este interesant de semnalat faptul că plăcile eczematoase reapar ori de cîte ori se repetă contactul cu substanța sensibilizantă.

Produsele care pot determina asemenea dermite alergice de contact sînt din cele mai variate. Dintre acestea menționăm : sărurile de crom, de nichel, coloranți, antiseptice de uz gospodăresc etc. Este bine stabilit, de exemplu, că eczemele provocate de contactul cu ceasul de mînă, cu brățara sau cureaua acestuia, se datoresc sensibilizării la crom și nichel. De asemenea, este bine să se știe că unele produse cosmetice, cum ar fi așa-zisele creme emoliente pentru mîini sau emulsii, folosite în aceleași scopuri, pot cauza dermite eczematiforme, prin sensibilizare față de ingredientele ce le conțin.

Un loc aparte îl ocupă așa-numitele *eczeme ale gospodinelor*. Acestea sînt leziuni eczematoase ale mîinilor, care apar sub formă de plăci sau placarde pruriginoase, roșietice, cu veziculație și crustificare, cu aspect difuz, situate atît pe degete, pe palme, cît și pe fețele dorsale ale mîinilor, precum și în porțiunea inferioară a fețelor anterioare ale antebrațelor.

În geneza acestei categorii de modificări tegumentare intervine pe de o parte acțiunea iritantă a săpunurilor, a detergenților și a altor produse de curățat, hidratarea excesivă a epidermei realizată prin spălatul vaselor, al rufelor etc., iar pe de altă parte sensibilizarea față de chimicalele de uz gospodăresc. Mai menționăm, cu această ocazie, că și contactul frecvent cu sucurile unor legume și fructe (tomate,

ceapă, usturoi, lămîi etc.) poate reprezenta, de asemenea, un factor cauzal, direct, iritativ sau sensibilizant în determinismul eczemei gospodinelor.

Leziuni eczematoase ale mîinilor provocate de infecţii

O altă categorie de erupţii eczematoase localizate pe mîini este aceea provocată de anumite infecţii. Aşa este cazul leziunilor cu sediul interdigital, dispuse mai ales în spaţiile III şi IV şi caracterizate prin roşeaţă, fisuri, zemuire, cruste şi prurit. De cele mai multe ori infecţia este provocată de o ciupercă levuriformă, numită *Candida albicans*. Asemenea infecţie este favorizată de macerаţia pielii, survenind prin iritarea şi folosirea excesivă a detergenţilor, precum şi de impregnarea pielii cu zaharuri (mai ales la persoanele care lucrează în cofetării sau la panificaţie).

Un alt gen de eczemă a mîinilor de natură posibil infecţioasă este *dishidroza*. În astfel de cazuri se observă, mai ales pe degete şi pe palme, vezicule rotunde, emisferice, încastrate în piele, intens pruriginoase. Uneori, această erupţie poate fi legată de o infecţie cu ciuperci (micoză) a tegumentelor picioarelor, deseori ignorată. Dishidroza reprezintă fie o însămînţare micotică pe tegumentele mîinilor, fie un răspuns alergic indus de sensibilizarea provocată de procesul micotic de la picioare. Alte dishidroze pot fi expresia existenţei unui focar de infecţie microbiană, de obicei streptococică : amigdalian, dentar, sinuzal etc. De aceea, este necesară şi cercetarea unor asemenea infecţii ascunse.

Eczema de cauză internă

În afara manifestărilor eczematoase de care am amintit şi a căror origine rămîne exogenă, pe mîini îşi pot face apariţia şi unele leziuni eczematoase, a căror cauzalitate trebuie căutată într-o serie de tulburări interne. Din aceste motive, unor asemenea eczeme li se atribuie şi numele de endogene. Aceste eczeme ale mîinilor, de natură internă, pot îmbrăca aspecte variate. Astfel, ele se pot înfăţişa ca placarde roşietice, cu veziculaţie şi prurit, localizate pe dosul mîinilor, alteori leziunile au un caracter mai uscat, fiind acoperite de coji şi sînt dispuse pe palme. Există posibilitatea aşezării placardelor lezionale la nivelul articulaţiei degetelor, după cum, în alte situaţii, se exprimă ca o dishidroză, de unde şi denumirea de eczemă dishidroziformă. Astfel de manifestări eczematoase pot fi legate de tulburări digestive (gastrite hipo- sau anacide, colite), de disfuncţii hepatice şi ale căilor biliare, de tulburări ale metabolismelor şi glandelor cu secreţie internă. Iată de ce, pentru precizarea naturii afecţiunii cutanate în cauză, sînt necesare explorări amănunţite şi diversificate.

Tot în cadrul eczemelor endogene ale mîinilor, trebuie amintit acel tip de eczemă legat de o predispoziţie a organismului de a face manifestări de ordin alergic, cu expresie cutanată, respiratorie, digestivă etc. Aceasta este *dermita atopică*,

manifestare cutanată cu caracter cronic şi recidivant, uneori sezonieră, însoţită şi de alte modificări, cum ar fi : o stare de uscăciune a tegumentelor, susceptibilitate la frig, prurit, nervozitate şi instabilitate nervoasă.

Aşadar, după cum am constatat, afecţiunile eczematoase ale mîinilor, deşi întrucîtva asemănătoare din punctul de vedere al aspectului pe care îl îmbracă, sînt diferite în ceea ce priveşte natura lor. Din aceste motive este evident că numai examenul medical de specialitate este singurul în măsură să stabilească diagnosticul şi măsurile terapeutice adecvate. Este bine însă de reţinut că eczemele de contact pot fi prevenite. Astfel, se recomandă evitarea folosirii excesive, cu mîinile neprotejate, a săpunurilor, detergenţilor, a produselor de curăţat şi a altor chimicale de uz gospodăresc. Utilizarea mănuşilor de gospodărie este un mijloc eficace în acest scop. De asemenea, după activităţile gospodăreşti, este bine ca mîinile să fie curăţate şi unse fie cu glicerolat de amidon, fie cu cremă sau emulsie Nivea, în scopul păstrării integrităţii anatomofuncţionale a suprafeţei cutanate.

MEDICINA ŞI COSMETICA LA VECHII EGIPTENI

Dr. ŞTEFAN MILICESCU
Medic primar, chirurgie plastică

Egiptul antic a exercitat o adevărată fascinaţie asupra societăţii moderne şi contemporane. De la redescoperirea sfinxului şi piramidelor, odată cu campania din Egipt a lui Napoleon şi cu interesul pentru descifrarea hieroglifelor, graţie descoperirii pietrei de la Rosetta de către Champollion, s-au scurs peste 150 de ani. În acest interval s-au succedat descoperiri peste descoperiri în teritoriul locuit de vechii egipteni, sute şi mii de obiecte antice, fresci şi bogăţii inestimabile ale civilizaţiei vechi egiptene au luat drumul muzeelor lumii. Sculpturi şi basoreliefuri, clădiri şi obiecte funerare, papirusuri şi inscripţii pe monumente stau mărturie despre multiplele laturi ale culturii antice egiptene. Dar arta de a vindeca bolile şi de a preveni a fost dintotdeauna vestită în lumea antică şi medievală. Medicii egipteni erau recunoscuţi în toată antichitatea şi nu lipseau de la curtea nici unui conducător de stat mai important. La capela din Saqqara (Egiptul de jos), zeul vindecător Imhotep, denumit de greci Imutes, răspîndea ştiinţa medicinii, către care alergau ucenici din toată lumea veche. S-au găsit chiar papirusuri care popularizau vindecările sale miraculoase.

Ce loc ocupa medicina printre ştiinţele care s-au dezvoltat în Egiptul antic, ne spun nu numai monumentele cu inscripţiile lor, Herodot în a doua carte a „anchetelor" sale, pe baza călătoriei făcute din anul 450 î.e.n., ci şi o serie de texte medico-magice şi fragmente medicale datînd din Noul Imperiu şi păstrate pe papirusurile unei colecţii particulare din Deir-el-Medineh. Adăugînd la acestea unele aluzii din imnuri sau incantaţii, din poveştile sau cronicile oficiale sau particulare, se poate alcătui o imagine cît de cît închegată a medicinii la vechii egipteni.

Pentru vechii egipteni, majoritatea bolilor — cel puţin cele pentru care nu exista o cauză accidentală — erau efectul puterilor magice. Tratamentul lor ţinea deci de magie şi vrăjitorului îi revenea această misiune, cel puţin la sate, astfel că un mare număr de papirusuri le sînt consacrate.

O bogată literatură dovedește însă și existența unei medicini mai puțin primitive. Aceste texte vorbesc de medici oculiști, dentiști și de alte specialități. Ne-au parvenit o serie de tratate ale practicienilor de atunci, care se referă la o cazuistică variată din diverse specialități : medicină generală, chirurgie, ginecologie, oftalmologie, dermatologie, cosmetică etc. Unele chiar prezintă date de anatomie și fiziologie, cum este pasajul din papirusul Ebers : „Începutul cunoașterii secretului medical este cunoașterea inimii și a mersului său. Sînt vase în ea care merg la toate mădularele. Iar cînd cel care se îndeletnicește cu arta de a vindeca atinge cu degetele sale capul, ceafa, mîinile sau brațele, gambele sau orice altă parte a corpului, el simte ceva venit de la inimă, căci vasele acesteia merg la fiecare din mădularele sale și inima vorbește în vinele fiecărui mădular". Deși practicile îmbălsămării, care au creat în parte prestigiul și misterul vechiului Egipt, i-ar fi putut familiariza cu anatomia organelor interne ale corpului omenesc, astăzi sîntem surprinși de faptul că ei nu cunoșteau existența rinichilor și, după ei, inima vehiculează în vase nu numai sînge, ci și lacrimi și urină.

Există însă în medicina egipteană veche descrieri exacte ale unor simptome și recomandări terapeutice eficace. Astfel, în papirusul Edwin Smith sînt amintite : contuzia vertebrală, luxația de mandibulă, diferite fracturi de claviculă, humerus, coaste, craniu etc., prezentîndu-se astfel 48 de cazuri, pentru care se dau instrucțiuni de tratare pînă ce bolnavul se vindecă.

La fel de pozitivă pare experiența vechilor egipteni în tratamentul maladiilor stomatologice. În afara textelor consacrate, s-a aflat din examinarea mumiilor că egiptenii știau să execute „plombaje" cu un fel de ciment mineral, că executau „punți" între dinții „slăbiți" în alveole, legîndu-i cu fire metalice (de obicei, aur) și, în fine, la nevoie trepanau mandibula pentru drenajul abceselor dentare. Ei tratau, de asemenea, afecțiunile inflamatorii ale gingiilor.

Textele medicale consacră spații largi bolilor digestive, de la balonarea gastrică, cancerul și hemoragiile digestive și pînă la constipație și viermii intestinali. Ei cunoșteau și foloseau supozitoarele, clismele, uleiul de ricin, pentru a provoca scaunul, cărbunele vegetal absorbant al gazelor intestinale.

Sînt cunoscute și bolile căilor urinare, cu medicația corespunzătoare și, în special, se atestă existența hematuriei parazitare, datorită bilharziozei, boală și azi larg răspîndită pe teritoriul Republicii Arabe Unite.

Medicii egipteni acordau multă importanță bolilor de ochi, frecvente și atunci ca și azi, datorită reverberației solare, prafului și lipsei de igienă. Un loc important în farmacopeea egipteană îl ocupa tratamentul bolilor de ochi și pleoape. Se încerca vindecarea trahomului, a cataractei și a proastei vederi nocturne — hemeralopia ; pentru aceasta din urmă se folosea un decoct de ficat de animale și care, se pare, avea mare eficiență, deoarece extractul de ficat se întrebuințează și astăzi în tratamentul acestei boli.

De asemenea, ei cunoșteau și tratau migrena, despre care s-a păstrat o descriere clinică foarte exactă.

Un mare număr de prescripții se adresau și afecțiunilor căilor respiratorii superioare. Ei cunoșteau simptomele laringitei și bronșitei, propunînd soluții care și astăzi ni se par logice : miere, smîntînă și lapte pentru calmarea răgușelii și tusei, inhalații pentru formele mai dureroase și o alimentație substanțială, care se recomanda cu succes în bolile pulmonare casectizante.

Iată cum descrie o veche incantație medicală, guturaiul ce putea atinge omul în serile răcoroase, dacă nu avea grijă să-și acopere capul la apusul soarelui : „Scurge-te, coriza, fiul lui Coriza, tu care zdrobești oasele, crăpi craniul, sfredelești creierul și îmbolnăvești cele șapte orificii ale capului, servitorii lui Ra și adoratorii lui Toth. Iată, am adus un leac contra ta, o poțiune anume, laptele (unei fe-

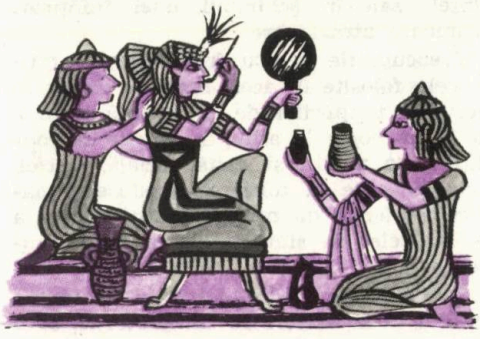
mei) care a adus pe lume un băiat și gumă mirositoare" (Ebers, 763). Nu lipsește din această descriere nici alterarea stării generale, nici cefaleea, nici afecțiunile oculare, ale urechilor și ale cavității bucale.

Multe rețete au fost descifrate, dar o serie de ingrediente ne sînt încă și astăzi necunoscute. S-a spus că vechii egipteni foloseau la prepararea medicamentelor formule farmaceutice pe bază de excremente de pelican, măgar, hipopoțam și chiar de muște.

Papirusurile medicale mai descriu și numeroase pomade pentru afecțiunile pielii capului, loțiuni contra calviției, tratamente care să facă să dispară părul alb, într-un cuvînt arsenalul îngrijirilor capilare era destul de variat și abundent.

În toate situațiile însă, remediile medicale trebuiau să fie însoțite, pentru a fi eficiente, de amulete. Desigur, magia își lua dreptul său. Aceste amulete reproduc zei și animale sacre, care veghează la securitatea și sănătatea oamenilor. Pentru a te vindeca de o boală trebuia să porți la gît un nod de trestii sau cozi de ceapă împletite (azi se cunosc fitoncidele din ceapă — antibiotice vegetale !). De asemenea, se considera că „40 de perle obișnuite, 7 smaragdite, 7 perle de aur (?!), 7 fire de in" asigura un viitor sănătos unui copil născut înainte de termen.

Pornită de la magie, ca și medicina egipteană, **cosmetica** a avut la origine rolul de a proteja de demoni. Abia mai tîrziu i s-a atribuit rolul de a înfrumuseța. Încă de mult, arta cosmetică atinsese la egipteni un înalt grad de rafinament, bazat pe cunoștințe farmaceutice temeinice. Mai întîi, cosmeticele au fost preparate din materii prime indigene : ulei de ricin, de sesam, șofran și cînepă ; apoi, s-a utilizat și uleiul de nufăr. De asemenea, se importa „ulei de Libia", probabil de măsline, și ulei de cedru din Liban. Din săpăturile funerare,



cum ar fi cele de la mormîntul reginei Heteferes, s-a constatat că existau 8 feluri de unguente, care se foloseau la prepararea fardurilor și care variau după sezon. Astfel, pentru a-și alungi sprîncenele și poate și genele, femeile din clasa stăpînitoare recurgeau la Kohol, făcut din stibiu sau galenă, iar cele mai sărace se mulțumeau cu un amestec de seu de oaie și cenușă. Ele își umbreau pleoapele cu fard verde făcut din praf de malahit sau de cupru, iar pe buze își dădeau cu un ruj pe bază de ocru.

Cel mai bine s-a conservat cutiuța de lemn pentru cosmetice, care se găsește la British Museum din Londra ; ea a aparținut lui Tutu, soția scribului Ani și datează din anul 1300 î.e.n. Cele patru despărțituri ale sale conțin unguente și farduri, un creion de sprîncene, o paletă de machiaj și o perniță de sprijin pentru manichiură.

Egiptenii făceau adevărate călătorii pentru a-și procura materiile prime necesare produselor cosmetice. Malahitul și cuprul le primeau din Sinai, în schimb stibiul și-l procurau mult mai de departe. Din copacul numit azi boswellia se extrăgea nu numai cel mai bun ulei aromatic, dar și tămîia necesară pentru oficierile religioase. Din Punt, minunata țară ce pare să fi fost pe litoralul actualei Somalii, egiptenii aduceau aur, abanos, ulei de boswellia, pene de struț, mirt. Unele parfumuri aveau la bază mirt sau corn de țap (?!) Kifi-ul, cunoscut încă pe vremea grecilor, era compus, după papirusul Ebers, din 10 componente, iar după Plutarh, din 16 componente.

Femeia egipteană, elegantă, făcea totul ca să-și păstreze splendida podoabă capilară, albastră de neagră ce era, pe care poeții au cîntat-o adesea. De aceea, dermatologii erau solicitați să întocmească rețete cît mai numeroase și variate, de a căror eficacitate astăzi ne cam îndoim. Contra încărunțirii, vechii egipteni foloseau „sînge de vițel negru fiert în ulei", „sînge din corn de taur negru" sau „grăsime de șarpe negru", iar împotriva căderii părului se recomanda o pomadă făcută cu grăsime de la 6 animale : leu, hipopotam, crocodil, pisică, șarpe și țap. Un dinte de măgar sfărîmat în miere se considera că „întărește firul de păr". Tot în același scop se folosea un amestec de excremente de gazelă, grăsime de hipopotam, Kohol și ulei.

Demn de menționat este faptul că vechii egipteni acordau o deosebită importanță și medicinii preventive. În acest sens, ei

puneau mult preț pe aspecte de igienă, pe păstrarea sănătății și întărirea organismului prin sport.

Astăzi se cunoaște că în casele celor înstăriți existau încă de acum 3000 de ani î.e.n. camere de baie și W.C.-uri. În acel climat uscat și cald, igiena corporală era mult apreciată. Înaintea fiecărei mese, mîinile erau stropite cu apă, iar drept săpun se folosea ulei în combinație cu nisip, cu sodă și leșie, atît pentru curățenie, cît și cu scopul de a face pielea catifelată.

Dinții erau curățați cu bețișoare de lemn, care erau mai întîi mestecate la un capăt, pentru a le înmuia, iar gura și-o parfumau mestecînd grăunțe de mirt. Bărbații purtau părul ras (mai ales preoții), dar la ceremonii speciale, ei puneau peruci făcute din păr natural și bărbi false.

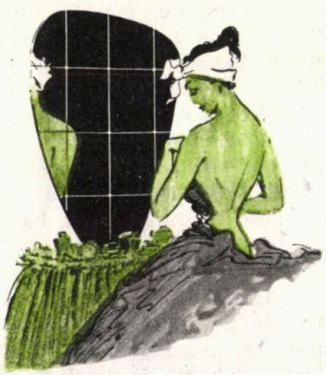
Deoarece practicarea sportului era o dovadă de putere și bărbăție, nobilimea și funcționarii îl îndrăgeau și-l cultivau. E vorba de sporturile militare, lupta cu sabia sau cu bîta, vînătoarea hipopotamilor cu arcul sau a păsărilor cu bumerangul, dresajul de cai, conducerea carului de luptă și canotajul, toate erau considerate sporturi nobile, și faraonul, practicîndu-le, era considerat „atletul ideal".

Constatăm, așadar, că medicina și cosmetica vechilor egipteni a fost în parte degradată de magie, motiv pentru care multe din procedeele și rețetele lor n-au putut avea o eficacitate reală. Totuși, vindecătorii lor erau buni observatori și știau să acționeze metodic și cu logică. Dealtfel, renumele științei medicale egiptene a fost foarte răspîndit în antichitate, atît în Orientul Apropiat, cît și în Grecia, unde Hipocrate și Galen au recunoscut proveniența egipteană a informațiilor lor medicale (din Templul lui Imhotep la Memfis).

Dat fiind că multe din cunoștințele și procedeele medicale ale vechilor egipteni au rămas valabile pînă în zilele noastre, se poate spune că civilizația egipteană, deși veche, rămîne mereu actuală.

FRUMUSEȚEA
O PREOCUPARE MEREU ACTUALĂ

FARM. *LUDMILA COSMOVICI*



Din cele mai vechi timpuri, oamenii au dorit să se bucure nu numai de viață lungă, de sănătate, tinerețe și vigoare, dar, totodată, și de frumusețe. Dorința de a obține și de a păstra frumusețea, de a scoate în relief farmecul personal, rămîne o caracteristică, mai ales, a femeilor. În acest sens, au existat unele preocupări care s-au concretizat, printre altele, și în încercările de a stabili diferite norme ale perfecțiunii fizice, în organizarea unor concursuri de frumusețe, în creația artistică.

Personalități celebre, prin gîndirea și opera lor, s-au referit la rolul și importanța frumuseții în viața oricărei femei. Ne mulțumim să amintim pe doamna de Staël, care deși a fost admirată de contemporanii săi pentru cunoștințele și darurile ei spirituale, afirma că ar fi dispusă să cedeze cu plăcere jumătate din cunoștințele sale în schimbul unei înfățișări frumoase, atrăgătoare.

Preocupările pentru frumusețe și mijloacele folosite în acest scop au variat în decursul timpurilor de la o epocă la alta, de la un popor la altul, în funcție de condițiile de mediu și viață socială. Astfel, s-a ajuns de la folosirea produselor naturale, oferite de mediul înconjurător, la substanțele de sinteză ale chimiei moderne.

Condițiile de mediu, de climă, au impus omului să ia măsuri de autoprotecție, care

au devenit ulterior norme igienice. În fiecare epocă au apărut specialişti sau falsificatori, doritori de a se ocupa de neajunsurile fizice ale contemporanilor lor.

Descrierile etnografului, prof. Iulius E. Lips, în cartea sa „Obîrşia lucrurilor" relevă gustul pentru frumos al „sălbaticilor"; tot astfel şi expoziţiile muzeale intitulate „Măştile oamenilor" şi „Plastica popoarelor primitive".

Folosirea parfumurilor şi a produselor cosmetice datează din timpurile cele mai îndepărtate; oamenii preistorici posedau „reţete" cu materii prime şi cantităţi precise, după care îşi preparau sulimanurile. Machiajul nu reprezintă doar o modă a timpurilor noastre, ci un obicei străvechi, mai ales la triburile australiene şi africane, care amestecau grăsimi cu vopsele pentru a obţine sulimanuri.

Baza cosmeticii fiind igiena generală a corpului, diferiţi cercetători arată că la popoarele vechi exista un simţ dezvoltat al curăţeniei; aşa, de exemplu, indienii din tribul Crick, care refuzau să facă baie zilnic, erau aspru pedepsiţi, în timp ce băştinaşii altor triburi se scăldau de mai multe ori pe zi.

Folosirea pentru prima dată a parfumurilor a avut un caracter mistic, religios. Acestea au apărut în China, Egipt, Persia, acolo unde mirtul şi tămîia ardeau pe altare. Egiptul antic a excelat în folosirea fardurilor. Femeile egiptene ajunseseră la o mare perfecţiune în toaleta lor zilnică, făcînd băi, masaje, parfumîndu-şi trupul şi folosind farduri pentru machiajul feţei. Egiptenii aveau grijă ca şi mumiile să aibă la îndemînă unsori emoliente, păstrate în borcănaşe lucrate cu artă şi din materiale scumpe, frumos ornamentate, în credinţa că le vor fi de folos.

Preocuparea vechilor egipteni pentru înfrumuseţare este atestată de documente. Astfel, Seş, mama Tetei, soţia primului rege al Egiptului, a dat acum cca 6000 de ani prima reţetă cosmetică care s-a păstrat scrisă pe pietrele neclintite ale vechilor clădiri regale egiptene; ea conţinea sfaturi pentru vopsirea părului. Ebers — în papirusurile vechi de 3 500 de ani, descoperite în 1874 — a putut descifra formule de creme, folosite de vechii egipteni, pentru a potoli usturimea cauzată de soarele puternic de pe malul Nilului, pre-

cum şi pentru a înmuia pielea asprită din aceleaşi cauze.

De la regina Cleopatra — despre care se spunea că a fost de o frumuseţe rară — a rămas un prim formular: „Cleopatrae gynoeciarum libri", în care erau indicate reţetele preparatelor folosite chiar de ea.

Din civilizaţia egipteană s-au inspirat apoi alte popoare vechi: evreii, grecii, romanii. Se menţionează că Iov a numit pe a treia fiică a sa Keren hapuch, adică borcănaş de suliman.

La greci, ca şi la romani, căutarea frumuseţii constituia o preocupare care a rămas pînă astăzi neîntrecută (jocurile olimpice). În Grecia, încă din perioada homerică erau utilizate parfumurile în ritualurile funerare, iar femeile foloseau fardul de pleoape şi îşi smulgeau sprîncenele cu pensete, asemănătoare celor cu care se pensează femeia modernă.

Arta de a prepara produse pentru vopsitul părului, preluată de la egipteni, se perfecţionează la greci, trecînd apoi la romani.

Medicii celebri ai antichităţii: Hipocrate la greci, Celse şi Galien, la romani, se interesau de cosmetică. Galien făcea chiar o distincţie netă între cosmetica unor şarlatani, care nu urmăreau decît o frumuseţe trecătoare şi igiena organismului. Ei au prescris norme de igienă a pielii şi chiar tratamente pentru unele dermatoze inestetice. În Roma antică, uleiurile şi cremele grase nu puteau lipsi din nici o trusă igienică, deoarece abuzul de băi şi săpunul preparat pe atunci din cenuşă şi uleiuri vegetale uscau pielea peste măsură. Baia ajunsese un adevărat cult, oamenii erau chemaţi la baie prin clopote şi lumea

se grăbea să apuce cît mai multă apă caldă.

Romanii şi-au însuşit arta toaletei de la greci, ajungînd pînă la o stare perfecţionată, care a servit epocii moderne drept model. Ei foloseau spălături cu lapte şi cu emulsii, îşi ungeau pieptul, faţa şi mîinile cu grăsimi de păr de oaie, care conţinea multe impurităţi şi un miros neplăcut. Ulterior, datorită progresului înregistrat în domeniul chimiei, această unsoare a fost utilizată la prepararea diferitelor produse cosmetice, sub denumirea de lanolină.

Romanii foloseau săpunuri, cu deosebire cele parfumate cu ulei de roze, diferite uleiuri pe care le întrebuinţau la preparatele lor cosmetice ca : pomada pentru faţă, uleiuri de păr aromatizate cu diferite parfumuri de flori, pe care le obţineau sau prin încălzirea directă a corpului gras cu petalele florilor, sau prin extracţia parfumului cu vin şi evaporarea pe baie de apă. Preparau, de asemenea, diferite pomezi pentru păr, denumite unguente, multe din aceste preparate fiind folosite pînă în zilele noastre.

Se spune că femeia blondă a apărut în Roma antică, odată cu primele prizoniere teutone, capturate de legiunile romane care au invadat ţările germanice. Ca să nu constituie o ispită pentru bărbaţii lor, femeile romane recurgeau la tunderea prizonierelor şi din părul acestora îşi confecţionau peruci blonde. Industria perucilor, astăzi atît de dezvoltată, a luat naştere în acea epocă, datorită unor preocupări feminine ce merită a fi amintite. Trebuie precizat însă că, nu numai gelozia a dus la colorarea părului, ci şi o anumită preocupare pentru un aspect cît mai atractiv şi mai tineresc. Nici chiar bărbaţii nu ignorau această latură. Epigramistul antic Martial (n. 104 e.n.) în satirele sale nu-i cruţa pe bărbaţii tomnatici care-şi vopseau părul. Unii bărbaţi, care voiau să-şi mascheze chelia, se ungeau pe cap cu un fel de unsoare neagră, iar părul alb îl vopseau cu sucul verde de coji de nuci sau foloseau diferite combinaţii de plumb, păstrate ca formule pînă astăzi. Dealtfel, marele naturalist roman, Pliniu cel Bătrîn (n. 79 e.n.), a lăsat între altele şi diferite formule de vopsele de păr.

Decăderea imperiului roman a însemnat pentru o lungă perioadă de timp şi decăderea îngrijirii cosmetice. Evul mediu a fost brutal şi brutală a fost şi căutarea frumuseţii. Abia în perioada Renaşterii reapare preocuparea pentru frumuseţe, scoţînd la iveală mereu noi preparate cosmetice.

Cruciadele şi-au adus şi ele contribuţia lor, readucînd parfumurile din Orient, gustul pentru folosirea lor generalizîndu-se în toată creştinătatea. Italia şi Franţa au fost ţări în care cosmetica a luat cel mai mare avînt, după care s-a răspîndit în toată Europa.

În secolul al XVI-lea, comedia dell'arte a stat la baza originii circului şi pantomimei timpurilor moderne. În Italia s-a născut clovnul cu machiaj caraghios, Petrinello, cu figura oacheşă (de harap), a cărui faţă era înnegrită cu pomadă şi cu praf de fildeş calcinat. Părul vopsit a trezit admiraţia unor pictori celebri ca Palma Vecchio şi Tizian (de la care a rămas ca termen în ştiinţa culorilor „roşul Tizian").

Franţa secolului al XVIII-lea a reprezentat epoca de prestigiu, din punct de vedere al eleganţei, luxului şi modei. E perioada în care se foloseşte pudra de culoare albă, ochii sînt accentuaţi prin machiaj, buzele sînt vopsite cu roşu, iar negustorii din imperiul germanic se aprovizionează cu sulimanuri şi parfumuri din Franţa. Femeia franceză era considerată ca tipul ideal al frumuseţii feminine.

La sfîrşitul secolului al XIX-lea, odată cu reintroducerea olimpiadelor şi cu avîntul sportiv, baia şi apropierea de natură şi-au reluat treptat locul în preocupările igienice ale omului.

La noi în ţară, sulemenitul (de la cuvîntul turcesc *sûlûmen)* era un obicei oriental vechi şi a fost introdus după anul 1820, odată cu o reformă radicală în îm-

brăcămintea femeilor, care adoptaseră portul european.

L. Şeineanu, în cartea sa „Influenţa orientală asupra limbii şi culturii române", arată că „o doamnă, pe atunci, nu se credea destul de graţioasă, pînă nu-şi supunea figura unei adevărate operaţiuni chimice ; ea îşi sulemenea faţa cu alb şi roşu, împodobind-o cu benghiuri din plasturi negre, îşi colora în negru genele şi sprîncenele cu gogoşi de ristic, îşi roşia jumătatea unghiilor, iar cocoanele ale bălae îşi vopseau părul cu un fel de praf cana, cu care boierii îşi căneau barba, ca să arate mai viguroşi".

Ştefan Fodor, în formularul cosmetic apărut în 1858, arată că „femeia de la ţară se lasă dintr-altele, numai ca să cumpere mijloace de frumuseţe, ba vine la oraş cu oglinjoara, borcănelul cu alifioară albă şi foiţa roşie în sîn şi la marginea oraşului îşi aranjează toaleta şi apoi dă bună dimineaţa în piaţă".

FRUMUSEŢE FIZIOLOGICĂ SAU MEŞTEŞUGITĂ ?

Pînă într-o anumită perioadă, scopul esenţial al cosmetologiei era înfrumuseţarea femeii. Fardurile şi machiajul îi făceau faţa mai atractivă, camuflînd imperfecţiunile. Unguentele, băile de lapte, ceratele cătifelau pielea.

Frumuseţea fiziologică se menţine prin sobrietate, o viaţă raţională, îngrijiri igienice, tratament medical sau chirurgical al imperfecţiunilor feţei şi corpului. Preocupări pentru aspectul exterior au existat din toate timpurile, dar în societatea modernă ele capătă de la o zi la alta mai multă importanţă.

Femeia şi bărbatul din zilele noastre caută să se apere împotriva factorilor agresivi din mediul înconjurător. O influenţă negativă asupra existenţei şi calităţii vieţii, în general, şi asupra frumuseţii externe, în special, o au agenţii poluanţi, ca rezultat al schimbării modului de viaţă datorat industrializării şi urbanizării masive. Pe de altă parte, expunerea îndelungată la soare, în timpul concediilor, produsele plastice, folosirea substanţelor fotosensibilizante şi excesul de cosmetice aduc, de asemenea, prejudicii organismului.

Frumuseţea reală, armonioasă, rezultă din îngrijirea feţei, a părului, a corpului, care se obţine printr-o viaţă activă, fără abuzuri. Rezultă deci că machiajul, oricît de corect ar fi el, nu dă adevărata frumuseţe.

Ideea de frumuseţe este sinonimă cu ideea de curăţenie. Înfrumuseţarea nu mai constituie un lux, ci un indiciu de progres social, de bunăstare.

Adevărata frumuseţe nu constă numai în a avea o figură şi o siluetă aproape de perfecţiune. Ea este, înainte de toate, un ansamblu de calităţi spirituale, marcate de un surîs binevoitor, de o privire luminoasă a ochilor. O comportare manierată, gesturi delicate, o expresie veselă, o voce plăcută, dorinţa de a fi agreat de persoanele din jur sînt atribute care se impun în relaţiile noastre interumane. O figură morocănoasă, plictisită, o privire dură, o voce metalică, agresivă, pot urîţi figura cea mai încîntătoare.

Nu trebuie să uităm că farmecul fiecăruia din noi are uneori mai multă importanţă decît frumuseţea fizică.

CÎND ÎNCEPE EDUCAŢIA COSMETICĂ?

Educaţia cosmetică începe odată cu primele îngrijiri acordate copilului, apoi în primii ani ai copilăriei, prin formarea unor deprinderi, pentru ca, mai tîrziu, fiecare individ să-şi poată realiza singur îngrijirea de care are nevoie. Copiii trebuie deprinşi de timpuriu cu ceea ce reprezintă curăţenia şi frumosul, astfel încît să ajungă a asocia aceste noţiuni, ca fiind inseparabile.

Exemplul celor mari, al părinţilor, al vîrstnicilor, le poate fi de un real folos. Oricît ar vorbi o mamă fetiţei sale despre curăţenie şi frumuseţe, dacă ea nu va con-

stitui un exemplu practic, toate îndemnurile teoretice nu vor putea da roade.

În accepțiunea modernă, frumusețea cere multă curățenie ; ea ridică moralul și stimulează inițiativele creatoare, în timp ce murdăria degradează, demoralizează. Prin curățenie nu trebuie să se înțeleagă numai curățenia corporală, a figurii, a părului, ci o îngrijire care privește deopotrivă îmbrăcămintea, încălțămintea, locuința și mediul în care trăim. Pentru îngrijirile cosmetice, curățenia constituie un factor pregătitor, deoarece fardurile nu pot avea efectul dorit decît dacă sînt aplicate pe o piele curată.

Dar o educație cosmetică integrală presupune, în același timp, folosirea factorilor naturali : apa, aerul, soarele, precum și practicarea sportului. Îngrijirile igienice, înfrumusețarea, practicarea sporturilor, relaxarea, alimentația rațională sînt mijloace folosite în scopul de a asigura tinerețea, vigoarea, sănătatea, frumusețea.

Îngrijirea cosmetică, altădată considerată un lux, a devenit astăzi un imperativ atît pentru femei, cît și pentru bărbați.

Înalt cît TURNUL COLȚEI

ING. V. BERCUȘ ȘI C. I. BERCUȘ

Unul dintre cele mai importante vestigii ale epocii feudale, care împodobea cetatea de scaun a Bucureștilor, a fost Turnul Colțea. Așezat în Tîrgul de Sus, la capătul drumului ce venea de la vechea reședință domnească din Tîrgoviște, devenise un fel de stemă distinctivă a orașului. A străjuit intrarea principală a spitalului și mănăstirii Colțea, ctitoriile spătarului Mihai Cantacuzino, mai bine de 170 de ani.

Prezența lui în viața cotidiană a Bucureștilor a făcut să fie prins în schițe (miniatură de Ion sin Dobre Cojocarul, în planul orașului București, întocmit în timpul războiului din 1768—1774), în gravuri (după desenul lui Ch. Doussault etc.), în acuarelă (C. Begenau), în lucrări documentare de istorie și memorialistică (Ionescu-Gion, Al. Tzigara-Samurcaș, G. D. Florescu, C. Bacalbașa etc.). A existat chiar un ziar ocazional intitulat „Turnul Colței".

Zidit între anii 1714—1715, după legendă de soldații lui Carol al XII-lea al Suediei, reveniți din Turcia unde fuseseră internați după pierderea bătăliei de la Poltava, dar mai sigur la porunca spătarului Mihai Cantacuzino, de către meșteri pricepuți pentru a simboliza ideea de izolare a edificiilor adăpostite în cuprinsul zidului împrejmuitor, turnul era, la vremea aceea, ceva nemaivăzut în București. El atrăgea privirile și trezea curiozitatea prin proporțiile și raritatea sa. Era împodobit cu ștucaturi, reprezentînd plante și animale exotice, cu sculpturi de oameni și animale. Solid și înalt de se vedea pînă departe de București, de unde și expresia „înalt cît Turnul Colței", arhitectul său a întocmit un plan după care s-au orientat meșterii la ridicarea edificiului. Păstrat mai bine de un veac în familia descendenților lui Cantacuzino, planul a fost împrumutat lui Nicolae Bălcescu la 3 aprilie 1845 de Rudolf Cantacuzino, pentru a-l litografia, dar s-a pierdut fără urmă !

Părtaș la atîtea evenimente pe care le-a trăit istoria Bucureștilor, turnul a fost martor la toate bucuriile și durerile locuitorilor, la suferințe și necazuri, la victorii și izbînzi. A văzut calamități și inundații, ciume, holeră, pîrjoale și cutremure, năvăliri de trupe vrăjmașe, pornite după pradă și jaf, după împilări și sugrumări. Pustiitoarea ciumă din anul 1792 i-a zăvorît spitalului poarta de la intrare pe sub bolta turnului și l-a izolat între zidurile sale.

Fig. 1. — *Turnul și strada Colței, pe la mijlocul secolului al XIX-lea (gravură în lemn după Ch. Doussault).*

I-a stat în vecinătate „Carvasaraua" (casa vămii), i-a ținut tovărășie hanul mănăstirii Colțea și a văzut cum Alexandru Ipsilanti a făcut nouă hotărnicire, „dîndu-se ocol orașului, punîndu-se și hotare cruci pe marginea Bucureștilor, ca nimeni să nu mai construiască în afară".

Pîrjolit de incendiul de la 27.III.1739, cînd a ars o bună parte din oraș cu „cele două spitaluri, spițeria și biserica cu cele trei paraclise", turnul a mai fost ciuntit și de cutremurul din 1802, refăcut apoi parțial în 1808, pentru ca din nou să-l pustiască incendiul în 1847.

Ce jale mare, ce sărăcie,
Palate, hanuri de rînd ardea,
Lipscani, bolte de mărfuri pline,
Toate focului pradă cădea!

(ANTON PANN)

Și din nou ucigătoarea ciumă din vremea lui Caragea a băgat spaima în țară, de mureau pînă la 300 de oameni pe zi, iar cioclii nu mai pridideau cu strîngerea cadavrelor și ridicarea forțată a bolnavilor, depunîndu-i în ordiile ciumaților. Dar turnul a rămas în picioare și începînd cu 1848 a servit drept platformă de observație pompierilor pentru paza incendiilor și a siguranței. La anumite ore din zi și din noapte, paznicul din turn era obligat să vestească celor de jos — locuitorilor orașului — că totul este în ordine. Strigătele lugubre ale paznicului tulburau însă liniștea și somnul bolnavilor din spital.

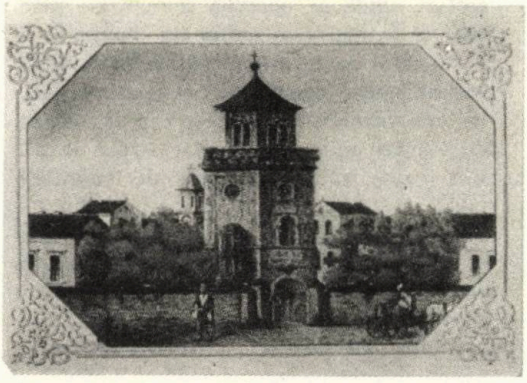
Flancat de o farmacie și de Laboratorul de chimie al Eforiei și al Facultății de medicină, turnul a adăpostit sporadic ședințele conspirative ale cercului revoluționar din București (1878—1879) și „pe poarta pe care au pătruns ideile socialiste... a pătruns și sentimentul demnității și al spiritului de revoltă!".

În 1888, primarul Pake Protopopescu, care a deschis bulevardul de la strada Colței la Obor și de la Brezoianu pînă la Cotroceni, s-a împiedicat de turnul așezat la poarta veche a spitalului Colțea și „l-a pus jos". Pentru a-i marca totuși prezența de odinioară, a încrustat pe o placă din piatră, agățată de grilajul ce împrejmuia spitalul, o inscripție, pe cît de nesinceră, pe atît de eronată: „Aici a fost turnul Colței, zidit în anul 1742 și care a servit de foișor pentru foc de la 1848—1888, cînd s-a dărîmat!".

Un astfel de document constituie un exemplu de falsitate și neadevăr istoric! Turnul a fost clădit în 1714—1715, a înfrumusețat Bucureștii epocii sale și „a fost dărîmat", pentru că nu se alinia bulevardului trasat, după ce adusese servicii însemnate orașului.

Și monumentele își au istoria lor, încadrată în evenimentele epocii în care au dăinuit.

Fig. 2. — *Spitalul și Turnul Colțea la 1845 (acuarelă de C. Begenau).*



micozele cutanate

Micozele cutanate sînt boli contagioase ale pielii, produse de unii paraziți vegetali, care fac parte din clasa ciupercilor, a ciupercilor microscopice. Cele mai multe dintre ele se localizează la nivelul stratului superficial al pielii (epiderma), precum și la nivelul firelor de păr și al unghiilor și se caracterizează printr-o mare frecvență și contagiozitate. Altele, mai rare, se localizează în straturile profunde ale pielii, respectiv în dermă și hipodermă.

Ținînd seama de locul unde trăiesc, distingem trei categorii de paraziți : paraziți strict umani, care se transmit de la om la om ; paraziți obișnuiți ai animalelor domestice sau sălbatice (pisici, cîini, viței, cai, șoareci, șobolani, iepuri etc.), care se pot transmite și omului ; saprofiți ai solului, care pot parazita în mod accidental și animalele, și omul.

Cea mai frecventă dintre micoze este *tricofiția*, ea fiind localizată de obicei la nivelul pielii capului la copiii școlari și preșcolari, unde se observă numeroase plăci mici și foarte mici, avînd un diametru de 2—10 mm, de formă aproximativ rotundă, izolate, uneori confluente. Suprafața plăcilor este acoperită de scuame mici, uscate, de culoare albă-cenușie, iar firele de păr sînt rupte foarte aproape de suprafața pielii.

Există și o tricofiție a pielii restului corpului, de obicei concomitent cu cea din pielea capului. Aceasta se numește *herpes circinat* sau, cum i se mai spune popular, *pecingine*. Se prezintă sub forma unei plăci, de culoare roșiatică, acoperite cu scuame fine, cu vezicule mici la periferie, de formă rotundă și de dimensiuni care variază de la mărimea unei monede de cinci bani, pînă la aceea a unei monede de 5 lei. Această afecțiune se întîlnește într-o proporție de 5—10% la adulți, constituind o sursă de contaminare pentru copii, dînd uneori adevărate epidemii în școli și cămine.

Mai există și forma supurată a tricofiției, care se manifestă prin două afecțiuni distincte : *kerion Celsus* și *sicozis parazitar*. Ambele forme sînt produse de paraziți ce provin de la animale (viței, cai, șobolani, șoareci). Acestea sînt mai frecvent întîlnite în mediul rural, în special la persoanele care lucrează în sectorul zootehnic. Forma denumită kerion Celsus debutează prin apariția unui placard roșiatic, acoperit de scuame, de formă rotundă, pe suprafața căruia își fac curînd apariția niște pustule (băsicuțe pline cu puroi), localizate la nivelul ieșirii firului de păr din pielea capului sau a bărbii. Ulterior, supurația pătrunde în profunzime, la rădăcina firului de păr, se extinde la periferie, placardul devenind proeminent. În acest stadiu, suprafața este acoperită de puroi care se usucă, dînd naștere la niște cruste (coji) de culoare cenușie, firele de păr fiind eliminate sau smulse cu mare ușurință. Dacă se apasă placardul, apare puroi din profunzime prin numeroase orificii lăsate de firele de păr eliminate. În afară de pielea capului, boala se poate localiza, mai rar, și pe restul pielii, mai ales pe membre. Cînd se localizează la nivelul bărbii sau al mustății dă boala numită *sicozis parazitar sau tricofitic*. Acesta se manifestă prin numeroase plăci individualizate, cu pustule

la nivelul fiecărui fir de păr, care se pot grupa, dînd kerionul Celsus al bărbii sau mustății.

După tratament, tricofiția și herpesul circinat se vindecă fără nici o urmă, spre deosebire de kerionul Celsus și sicozisul tricofitic, care lasă cicatrice alopecice (părul nu mai crește în regiunea respectivă).

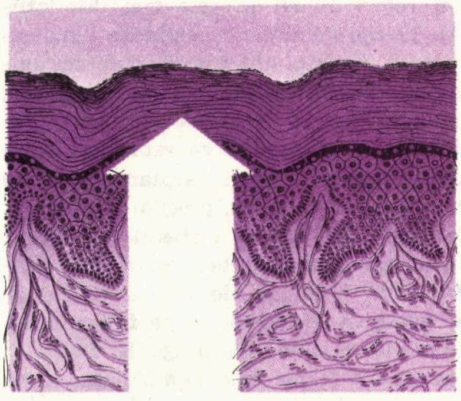
Tot din această categorie, o altă boală foarte contagioasă, care cuprinde și pielea și firul de păr este *microsporia*. Ea este localizată la nivelul pielii capului și se întîlnește, ca și tricofiția, la copiii preșcolari și școlari, putînd să ducă la epidemii în colectivitățile de copii, cu o frecvență mai mare la băieți.

La nivelul pielii capului apare o placă scuamoasă, perfect rotundă, bine delimitată, cu un diametru care variază între 1—6 cm, rar fiind mai multe plăci. Scuamele sînt de culoare albă-cenușie, iar perii sînt rupți la 3—4 cm de la ieșirea lor din piele, la același nivel, ca și cum părul ar fi tuns cu mașina.

Modul de contaminare, de cele mai multe ori, este direct, de la copil la copil, sau indirect, prin obiecte (căciulă, basc, șapcă etc.), fiind posibile și contaminări destul de frecvente de la pisici și cîini.

În urma tratamentului, boala se vindecă fără a lăsa nici o urmă.

Din categoria bolilor de piele care afectează și pielea și firul de păr face parte și *favusul*. Această boală este mult mai rară în comparație cu cele descrise anterior, fiind mai puțin contagioasă. Se întîlnește de obicei la copii, mai ales la cei din



mediul rural. Netratată, are o evoluție cronică, persistînd și în perioada de adolescent și chiar de adult. Boala se manifestă prin apariția unui disc rotund, de 2—10 mm diametru, ușor deprimat în centru, de culoare galbenă, proeminent. Firul de păr este decolorat, îi dispare luciul și se aseamănă cu părul de porc ; nu se rupe ca în celelalte micoze descrise anterior. După tratament, lasă cicatrice, în locul respectiv nemaicrescînd păr.

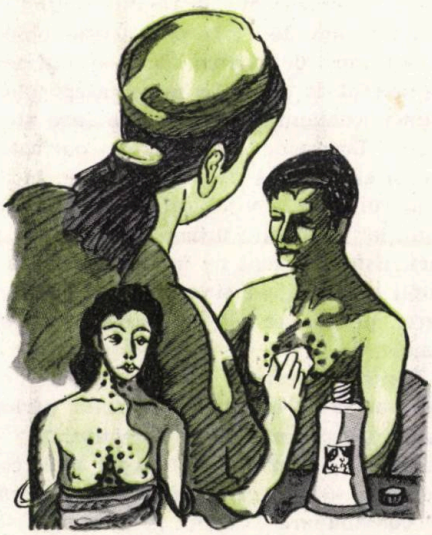
În toate micozele pielii capului, contaminarea se face pe cale directă, prin contact, sau pe cale indirectă, prin intermediul următoarelor obiecte : băști, șepci, căciuli, piepteni etc., parazitul putînd să trăiască ani de zile pe aceste obiecte. Acest mod de contaminare se întîlnește, în special, la copii. La toate categoriile de vîrstă, contaminarea se poate face și la frizer. De asemenea, animalele pot constitui și ele o sursă de contaminare : în mediul rural de la viței, cai, șoareci și șobolani, iar în mediul urban de la cîini și pisici. Este suficient ca în colectivitățile de copii să apară un singur caz de îmbolnăvire, pentru ca să se producă o epidemie.

Pentru a preveni aceste micoze, este necesar să se efectueze controlul periodic lunar și trimestrial în colectivitățile de copii, iar în cazul în care s-au găsit copii bolnavi, să se cerceteze amănunțit sursa de contaminare.

Bolnavii vor fi spitalizați obligatoriu, iar copiii nu pot frecventa școala sau grădinița decît cu avizul medicului dermatolog. Se impune ca toată lenjeria bolnavului să fie fiartă, iar obiecte ca : șapcă, bască, pieptene etc. să fie arse.

Printre măsurile care se aplică în mod obligatoriu se menționează și îndepărtarea părului de pe cap și raderea bărbii. De asemenea, se vor asigura condiții de asepsie și în frizerii, referitor la instrumentele utilizate. Dar în afara afecțiunilor menționate, mai există unele micoze care afectează numai pielea. Din această categorie fac parte : epidermofiția inghinală ; epidermofiția interdigito-plantară (localizată la degetele picioarelor) ; eritrasma și pitiriazisul versicolor. Toate acestea se întîlnesc foarte frecvent, mai ales la adulți (după statisticile Organizației Mondiale a Sănătății, 1 din 3 adulți prezintă una din aceste boli).

Epidermofiția inghinală este localizată în regiunea inghinală și apare sub forma unui placard eritematos, de nuanță roșie vie, acoperit de scuame fine, de formă aproximativ rotundă, cu diametrul între 1—4 cm, cu mici vezicule la periferie și cu centrul mai palid, pruriginos. Pot exista mai multe placarde, după cum poate fi uni- sau bilateral.



În ***epidermofiția interdigitală*** apar la nivelul spațiilor dintre degetele picioarelor sau pe suprafața tălpilor, vezicule rău mirositoare, pruriginoase și dureroase, cu macerarea tegumentelor și detașarea acestora. În acest caz, contaminarea se face la ștranduri, săli de sport sau direct de pe sol.

O altă micoză localizată exclusiv la piele este ***eritrasma.*** Se întîlnește în regiunea inghinală, obișnuit bilateral, și mai rar în regiunea axilară și cea submamară. Se caracterizează prin apariția de placarde nepruriginoase, de formă ovalară, cu margini bine delimitate și culoare roșiatică, care se transformă ulterior în culoarea cafelei cu lapte, cu suprafața acoperită de scuame.

În sfîrșit, ultima din categoria bolilor cu localizare la piele este ***pitiriazisul versicolor.*** Acesta se localizează de obicei pe toracele anterior, pe spate, gît și la rădăcina membrelor superioare.

Se prezintă sub forma unor numeroase plăci scuamoase, de culori ce pot varia : roșiatică, galbenă, brună sau albă, după expunerea la soare. Contagiozitatea este mică și se întîlnește mai ales la persoanele care transpiră mult ; nu este pruriginos.

Mai există însă micoze cu alte localizări decît la nivelul pielii și al firului de păr. Din această categorie menționăm ***onicomicozele,*** localizate la nivelul unghiilor. Unghia devine de culoare cenușie, sfărîmicioasă, iar marginea liberă se desprinde de patul ei.

Din categoria micozelor profunde, ne vom referi numai la cele mai des întîlnite, la așa-numitele candidoze cutaneo-mucoase. Acestea sînt date de ciuperci unicelulare (formate dintr-o singură celulă), denumite levuri ***(Candida albicans).*** Ele trăiesc în mod normal ca saprofite, devenind patogene datorită tratamentului cu antibiotice, cu cortizon, precum și în unele afecțiuni generale ca diabetul și altele. Din această grupă de boli semnalăm ***mărgăritărelul,*** localizat de obicei pe limbă, dar poate să se întindă și pe fața internă a obrajilor și chiar pe amigdale. Boala se prezintă sub formă de pete albe, ușor ieșite

în relief, care se pot uni pe parcurs, dînd naștere la plăci întinse.

Intertrigo-ul *candidozic* se întîlnește cel mai frecvent la pliurile inghinale, interfesiere și submamare, precum și la nivelul spațiilor dintre degetele mîinilor și picioarelor. În regiunea bolnavă se evidențiază prezența unor placarde de culoare roșie strălucitoare, acoperite de un depozit de culoare albicioasă, cu tegumentul macerat, foarte pruriginoase. Marginile placardelor sînt neregulate, ele putînd să cuprindă și regiunile învecinate.

O altă candidoză o reprezintă *zăbăluța*, localizată la nivelul comisurilor buzelor. Acestea sînt crăpate, cu pielea macerată și cu depozite albicioase, însoțite în mod constant de dureri.

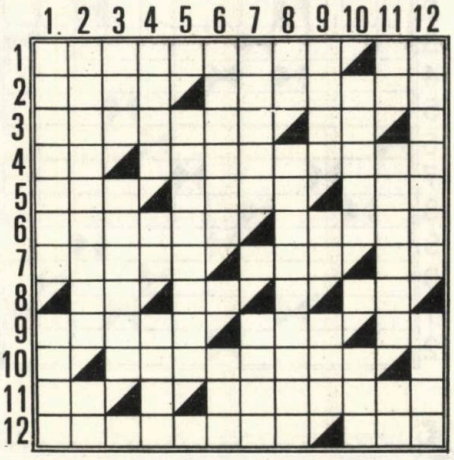
Destul de frecvent, aceste ciuperci afectează și mucoasa genitală atît la femei, cît și la bărbați. Mucoasa devine roșie, prezentînd mici ulcerații și depozite de culoare albă-cenușie, însoțite de mîncărime și senzație de usturime.

Ținînd seama de contagiozitatea mare a acestor boli, precum și de faptul că pot apărea în unele boli generale, cum ar fi diabetul, este absolut necesar consultul unui medic dermatolog, pentru precizarea diagnosticului și aplicarea tratamentului adecvat.

Dr. DIACONU C. CONSTANTIN-JUSTIN
Medic primar, Spitalul „Colentina"

LA MEDIC

ORIZONTAL : 1. Autoarea volumului de versuri „Boala de origine divină" — Primele semne ale bolii ! 2. „...bolnăvit", poezie din creația lui Emil Isac — Examinarea unui bolnav de către o comisie medicală. 3. Boală caracterizată prin formarea patologică de nisip sau de calculi în anumite organe — La ieșirea din spital ! 4. Spitalul central ! — Instrument medical cu ajutorul căruia sînt percepute zgomotele produse de diverse organe interne. 5. Nu are febră. F.b. ! — Gustul chininei — Personaj din romanul „Febra de origine necunoscută" de Leonida Neamțu. 6. Verb din activitatea cotidiană a unui medic de chirurgie estetică — Medicul internist din nuvela „Salvarea" de Ion Istrati. 7. A degaja un miros — Tulburare generală, bruscă și violentă, a funcțiilor organismului — Puțină xilină ! 8. Din nou... la spitalul central ! — Început de xantomatoză ! — Primele semne de viață ! 9. Gemenii, unul față de celălalt — Tipsie — Sieste ! 10. Părți componente ale unui întreg. 11. Așa se prezintă, în fază incipientă, un adenom ! — Boală care se manifestă prin inflamarea articulațiilor în urma unei infecții microbiene (pl.). 12. Asistenta medicală din nuvela „Salvarea" de Ion Istrati — Partea lichidă a sîngelui.



VERTICAL : 1. Autorul (1622—1673) pieselor „Doctor fără voie" și „Bolnavul închipuit" — Medicament. 2. Boală caracterizată prin creșterea anormală a numărului de globule roșii din sînge

— Doctor (abr.). 3. Cursă — Stare de indiferență manifestă la unii bolnavi. 4. Zeița naturii fecunde și a maternității în mitologia egipteană — Se scurg pe calea vieții (sing.) — Oraș antic în Asia Mică. 5. Stare bolnăvicioasă de pasivitate a unui organ sau a unei funcțiuni. 6. Boală de piele — „...recitesc o pagină bolnavă / Din splenul tău încarcerat în rime, / În noaptea asta plină de otravă, / Cînd nu mai rîd, căci nu mă vede nime" (Oct. Goga : „Cetind pe Baudelaire"). 7. Nevastă — Fără luciu. 8. Ieșit din comun ! — Rețetă medicală (înv.). 9. Oraș în Turcia — Le iei dintr-un loc oarecare ! — Stradă (abr.). 10. Boală de stomac — Notă lăutărească. 11. Miezul problemei ! — Unghie încarnată — Pune capăt la toate ! 12. Aeroportul internațional din București — Pictor și grafician român (1881—1958), realizatorul tabloului „Maternitate".

Dicționar : ISIS, TLOS, USAS, EIS.

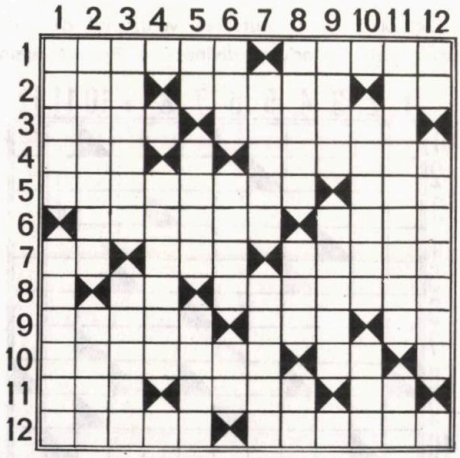
ADAM STOICA

Probleme de alimentație

ORIZONTAL : 1. Poftă bună — Accesorii la plăcintele de revelion. 2. Brînză dulce — Are o poftă... prea mare — Cap de pește ! 3. Fac dovada — Înghețate... anulate. 4. Ori — Nu se prea pricepe la probleme de alimentație, dar mai are timp. 5. Masă pentru bebeluși — S-așază în față, la mîncare ! 6. Cu sare și piper — Se pune pe varză. 7. Puțin stufat ! — Se înroșește prin fierbere — Autoarea unei cunoscute cărți de bucate (Sanda). 8. Puneți unt pe margini ! — Se vede după... gătire. 9. Se servește la pește și la ceai (pl.) — Garnitură la mușchiul țigănesc — Este uns ! 10. Masă festivă (pl.) — Stau în fața unui cerc ! 11. Păstrez — Specialitate de mezelărie la care se folosește stomacul porcului — Cură ! 12. Cu gust acru (fem. pl.) — A condimenta cu boia.

VERTICAL : 1. Acolo unde se mănîncă cel mai bine — Garnitură la friptură. 2. Unul care a înghițit gălușca — Dau iama în iepuri (sing.). 3. Îi lasă gura apă — Omenești. 4. O anumită cantitate de mîncare (pl.). 5. Subtile ! — Vulcan sicilian — Ca ardeiul. 6. Nu spun nimic — Văzut îndeaproape — Două „felii" dintr-o roșie ! 7. Spre — Rondelă. 8. Pătlăgea — Ministerul Poștelor și Telecomunicațiilor (abr.) — Pe fundul paharului ! 9. Pictor român (1831 — 1891), autorul tabloului „În bucătărie" — Masiv muntos în Carpații Orientali. 10. Eroina nuvelei „Plăcintele" de Ion Istrati — Cele rezervate pentru masă trebuie respectate. 11. Deschid pofta de mîncare — Usturoi (reg.). 12. Introduse ! — Fructe exotice aromate.

ADAM STOICA



SURSE NATURALE DE VITAMINE, SĂRURI MINERALE ȘI ENERGIE

Legumele și fructele sînt printre primele alimente naturale pe care omul le-a consumat încă din cele mai îndepărtate timpuri. Folosite sub cele mai variate forme : coapte, crude, fierte, pasate, uscate etc., ele au fost și sînt considerate, pe drept cuvînt, izvoare de sănătate, vioiciune și energie pentru organism. Literatura de specialitate arată că în trecutul îndepărtat ele erau folosite la „oblojirea" unor boli.

Datorită conținutului bogat în vitamine (C, A, B, E, K), în săruri minerale (calciu, fosfor, sodiu, fier, potasiu, cupru etc.), precum și în factori alimentari ca : proteine, glucide, lipide, care oferă din plin energie, se asigură buna desfășurare a funcțiilor organismului.

Legumele și fructele reprezintă cea mai eficace sursă de vitamina C, indispensabilă menținerii sănătății. Dintre legumele și fructele cele mai bogate în vitamina C menționăm : ardeiul, pătrunjelul, mărarul (100 mg%), lăptuca, varza, spanacul (60—65 mg%), măcești (70—80 mg%), fragii, lămîile, portocalele, coacăzele (60—70 mg %), grepfruturile, zmeura, merele, murele, gutuile etc. În general, vitamina C se află în cantitate mai mare în coaja fructelor. Menționăm că, cu cît legumele și fructele au fost mai mult expuse la soare în timpul dezvoltării lor, cu atît sînt mai bogate în vitamina C.

Cînd alimentația este deficitară în vitamina C, se produce o fragilizare capilară, ceea ce duce la hemoragii ca, de exemplu : gingivită, epistaxis (hemoragie nazală), hemoragii retiniene (oculare) și chiar la unele forme mai grave (hemoragii la nivelul plămînilor, stomacului, creierului). Dar vitamina C are un aport însemnat și în bolile infecțioase acute, crescînd rezistența organismului.

Oricare dintre produsele alimentare pe care le folosește omul nu poate acoperi mai mult de 10% din nevoile în vitamina C ale organismului. De aceea, legumele și fructele nu pot fi înlocuite cu alte alimente, ele fiind indispensabile.

Cantitatea de vitamina C necesară zilnic omului este de 80—100 mg. În alimentația femeilor în timpul perioadei de sarcină și alăptare, această cantitate de vitamina C trebuie dublată. Copiii au și ei nevoie de vitamină C, aproape în aceeași cantitate ca și persoanele adulte.

Prin vestejire se pierde o cantitate însemnată de vitamina C din legume și fructe. O găsim însă — în condiții de con-

servare la rece — în morcovi, ridichi, sfeclă, ceapă, usturoi, cartofi, murături, mai ales iarna și primăvara. Se știe, de asemenea, că prin fierberea legumelor în vase descoperite se pierde o mare parte din vitaminele și sărurile minerale. Dacă fierberea legumelor se face în coajă și în vase acoperite, cu puțină apă, numai cît este necesar să se înmoaie celuloza, pierderile sînt foarte mici.

Pentru creșterea valorii nutritive a meniurilor, se recomandă ca la servitul lor să se adauge și puțină verdeață (mărar, pătrunjel, leuștean etc.), care conține suficiente vitamine, dînd totodată și un gust plăcut.

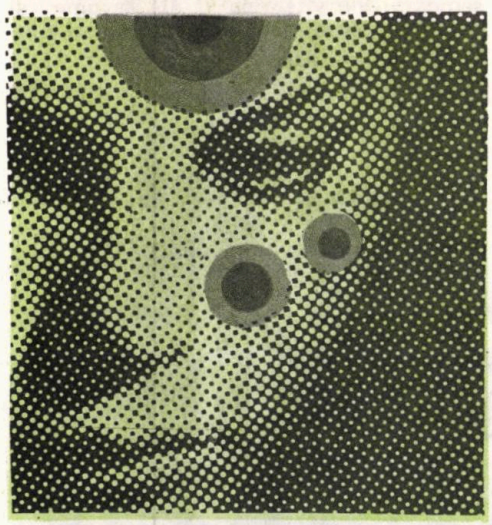
Legumele și fructele conțin, de asemenea, și vitamina A, a cărei lipsă din alimentație duce la slăbirea vederii, uscarea tegumentelor și tulburări de creștere (la copii). Vitamina A se găsește, în cantități mai însemnate, în legumele și fructele colorate (morcovi, sfeclă roșie, gogoșari, fragi, căpșuni), precum și în cele necolorate (varză albă, cartofi, țelină etc.). În timpul pregătirii culinare nu se pierd decît cantități extrem de mici de vitamina A. Vitaminele B, K, E le găsim în cantități suficiente în cele mai multe din legumele verzi și verdețurile tinere. Bogate în potasiu, calciu, fosfor, magneziu, fier, sodiu etc., legumele și fructele ajută la menținerea echilibrului acidobazic din organism. Ele au, de asemenea, un rol important în prevenirea anemiei, gutei, precum și în dezvoltarea și întărirea scheletului.

Datorită faptului că în compoziția lor se află și glucide (zaharuri), care sînt mai ușor absorbite și asimilate decît zahărul din dulciurile concentrate, legumele și fructele ajută la completarea trebuințelor energetice ale organismului, avînd și un efect important asupra bunei funcționări a inimii, ficatului și rinichilor, stimulînd diureza și mărind eliminarea de sodiu, uree și acid uric. Unele fructe, cum sînt : merele, căpșunile, afinele, avînd un efect astringent, se recomandă în diareele cronice.

Datorită nenumăratelor lor calități, legumele și fructele — minunate surse de vitamine, săruri minerale și energie — sînt indispensabile organismului uman, motiv pentru care trebuie să le acordăm importanța cuvenită.

Dr. *Gh. M. Gheorghe*

ce sînt PIODERMITELE?



Piodermitele sînt boli ale pielii provocate de microbi care produc puroi (streptococi și stafilococi). Marea lor majoritate este lipsită de gravitate. La copii și bătrîni, precum și la persoanele debilitate, putem întîlni însă forme deosebit de severe. Bolile numite stafilococii, după denumirea microbilor care le produc (stafilococi), sînt localizate fie la nivelul firului de păr sau în jurul acestuia, fie la nivelul glandelor sudoripare, unghiilor și chiar pe pielea așa-zisă glabră (fără păr). Dintre aceste boli menționăm :

Foliculitele acute superficiale, care cuprind firele de păr în regiunea superficială, adică acolo unde acestea ies din piele. Cel mai adesea sînt localizate la față (mai ales la adulți, după bărbierit), la pielea capului (la copii), precum și în regiunea pubiană și în jurul unor plăgi infectate. Firul de păr se află în centrul unei mici pustule (băsicuțe cu puroi), înconjurate de un mic inel de culoare roșiatică. Adesea sînt grupate mai multe pustule la un loc.

Foliculitele acute profunde sînt localizate la nivelul genelor, dînd boala numită orgelet (popular ulcior), manifestată prin mici băşicuţe cu puroi (pustule) ; obişnuit, sînt foarte dureroase, şi uneori destul de persistente.

Foliculitele subacute profunde (sicozisul stafilococic) se întîlnesc de obicei la nivelul bărbii şi mustăţilor (la bărbaţi), şi mult mai rar în regiunea pubiană, axilară şi la sprîncene. Iniţial, aspectul este acela al unei foliculite superficiale, dar cu timpul microbii pătrund la rădăcina firului de păr, formînd şi aici o mică pungă cu puroi, care determină apariţia la suprafaţă a unui nodulet de mărimea unui bob de piper, dureros. De cele mai multe ori, suprafaţa pielii este acoperită de coji galbene, provenite din ruperea băşicuţelor cu puroi. Contaminarea se face prin frizerii, deci prin bărbierit, şi tot astfel se răspîndeşte, putînd să cuprindă din ce în ce mai multe fire de păr.

Bolile localizate în jurul firului de păr se numesc perifoliculite. Din această categorie face parte furunculul, cu mai multe varietăţi. Furunculul este o infecţie acută, care cuprinde glandele sebacee şi ţesuturile din jurul firului de păr, unde se evidenţiază o pată roşie, însoţită de o întărire a pielii, de o uşoară umflătură (edem) şi de durere. După cîteva zile apare în mijloc o băşicuţă cu puroi (pustulă). Cînd aceasta a spart, rămîne un orificiu prin care se elimină burbionul (ţesut mortificat). În mod obişnuit, furunculul este unic, rareori boala este generalizată (furunculoză), cu evoluţie cronică, recidivantă. Există şi forme de furuncule foarte grave, care se datoresc fie slăbirii rezistenţei organismului în urma unor boli generale (diabet), fie agresivităţii crescute a microbilor şi anume : furunculul buzei superioare şi furunculul antracoid.

Iniţial, ***furunculul buzei superioare*** este un furuncul ca cel descris mai sus, dar care spontan sau după manevre de stoarcere (un rău obicei, destul de des întîlnit), se înconjură de o umflătură importantă, iar pielea devine de culoare roşie-violacee. Umflătura cuprinde nu numai buza superioară, ci întreaga faţă, deformînd-o. Se însoţeşte de temperatură mare (39—40°C) şi stare generală proastă, putînd să ducă, fără tratament, la moarte, motiv pentru care constituie o stare de urgenţă.

Furunculul antracoid este format din unirea mai multor furuncule, localizat, de cele mai multe ori, la nivelul cefei, la bărbaţi. Se prezintă sub forma unei zone roşietice, proeminente, cu numeroase orificii prin care se elimină puroi, aspectul fiind de stropitoare. Deseori aceste orificii se unesc, dînd naştere unei ulceraţii mari. Şi această boală constituie o urgenţă. Este necesar să reţinem că furunculul nu trebuie stors.

Infecţia cu stafilococi a glandelor sudoripare dau boala denumită ***hidrosadenită,*** care se întîlneşte de obicei la adulţi, fiind localizată cel mai adesea în regiunea axilară, uni- sau bilateral. Se manifestă prin apariţia unei umflături de culoare roşie la nivelul axilei, care se măreşte progresiv, putînd ajunge de mărimea unei prune, care se ulcerează, prin ulceraţie curgînd puroi. De cele mai multe ori se produce o infecţie şi a altor glande sudoripare, făcînd ca durata bolii să se prelungească uneori luni de zile. Boala este însoţită de dureri locale.

Stafilococii se pot localiza şi la unghii, precum şi în jurul unghiilor, dînd ***onixisul*** şi ***perionixisul stafilococic.*** Unghia se îngroaşă, devine sfărîmicioasă, poate fi uşor îndepărtată, lăsînd numeroase orificii din care iese puroi. Pielea degetului din jurul unghiei este umflată, roşie, întărită şi dureroasă, iar la apăsare se evidenţiază, de asemenea, puroi.

Mult mai rare sînt bolile pielii glabre (zise fără păr), produse tot de stafilococi. Acestea sînt : *botriomicomul* și *piodermita vegetantă.*

Botriomicomul se localizează la nivelul pielii feței, buzelor, mîinilor, capului și chiar pe limbă. Este o formațiune tumorală, de formă rotundă, cu un diametru de 3—10 mm, de culoare roșiatică, care sîngerează la cea mai mică lovitură.

Piodermita vegetantă, localizată în mod obișnuit la nivelul mîinilor și gambelor, foarte rar generalizată, se prezintă ca un placard de formă aproximativ ovală, cu un diametru de 3—5 cm, proeminent, acoperit de coji, de sub care iese puroi la presiune. Proeminența este mai accentuată la periferie.

Alte boli ale pielii sînt produse de microbi numiți streptococi, de unde și denumirea de streptococii dată acestor boli. Cea mai des întîlnită este *erizipelul,* care se localizează în mod obișnuit la nivelul pielii feței sau gambei, mult mai rar în alte regiuni ale corpului. Este o boală acută, care apare brusc, cu frison, temperatură crescută (39—40°), delir, iar la nivelul pielii apare un placard de culoare roșie-aprinsă, edematiat (umflat), bine delimitat la periferie, însoțit de dureri locale. În mod normal boala durează între 5 și 10 zile, dar la diabetici, alcoolici și bătrîni poate evolua foarte grav, ducînd chiar la moarte.

Impetigo streptococic (bubele dulci) este o boală foarte frecvent întîlnită la copii, localizată cel mai adesea pe pielea feței și a capului, mult mai rar în alte regiuni. Apare ca o flictenă, de formă aproximativ ovalară, avînd mărimi ce variază între dimensiunile unui bob de mei, pînă la cele ale unei alune, plină cu un lichid ce devine foarte repede purulent. Flictena se rupe și apare o crustă (coajă) de culoare galbenă. Boala netratată se întinde, cuprinzînd regiunile învecinate.

Pemfigusul epidermic al nou-născuților (a nu se confunda cu pemfigusul sau cu pemfigusul palmoplantar) este, de asemenea, o boală cauzată de streptococi, care apare în primele zile după naștere, rar mai tîrziu. Este o afecțiune care în ultima vreme nu s-a mai semnalat. Se caracterizează prin bășici pline cu puroi, de mărimea unei cireșe, localizarea obișnuită fiind pe trunchi și membre, rar pe față și niciodată pe palme și tălpi.

Destul de rar, dar cu urmări neplăcute, este întîlnită infecția dată de streptococi, localizată la nivelul ochiului, care interesează corneea, respectiv keratita flictenulară.

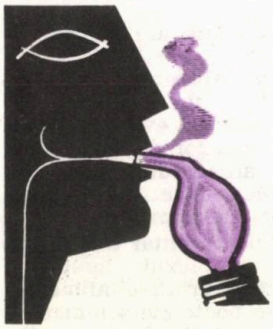
Intertrigo streptococic se întîlnește de obicei la nivelul plicilor : retroauricular (după pavilionul urechii), inghinal, submamar, interdigital. Se manifestă prin placarde de culoare roșiatică, însoțite de vezicule, mici ulcerații și fisuri, intens pruriginoase.

O boală destul de des întîlnită este *ectima.* În mod normal ea se localizează la gambe. Debutul ei se traduce prin apariția unor flictene (bășici) de formă rotundă, cu diametrul de 1—2 cm, care ajung repede în profunzime, ulcerează și se acoperă de cruste (coji) de culoare maronie, ascunzînd sub ele puroi. După vindecare lasă cicatrice.

Mai există însă și alte afecțiuni date de acești microbi, dar acestea sînt rare și lipsite de gravitate și importanță.

Măsurile care se impun pentru prevenirea acestor afecțiuni se referă la respectarea strictă a igienei pielii, a regulilor de protecție a muncii, la sterilizarea instrumentelor în frizerii, precum și la tratarea corectă a bolilor generale (diabet, debilitate). De asemenea, bolnavii care au contractat aceste afecțiuni vor fi izolați de restul colectivității.

Dr. DIACONU C. DUMITRU-JUSTIN
Medic primar,
Spitalul „Colentina"



PRINCIPII DE TRATAMENT IGIENODIETETIC ȘI BALNEOFIZICAL ÎN ASTMUL BRONȘIC

DR. EMIL POPESCU

Poate în nici o altă afecțiune nu se impune cu atîta necesitate individualizarea tratamentului ca în astmul bronșic, cu atît mai mult cu cît tratamentul specific este nesatisfăcător în stadiul actual al terapeuticii. De un real folos este stabilirea unor principii generale de tratament, care vor fi modificate în funcție de forma clinică a bolii, de vechimea ei, precum și de manifestările care o însoțesc sau de complicațiile acesteia.

În acest context, regimul de viață și de alimentație, mediul de viață (cel familial și cel de la locul de muncă), au valoarea cel puțin egală cu aceea a medicației, în scopul modificării terenului alergic al bolnavului astmatic.

Regimul de viață al astmaticului în perioadele dintre crize trebuie să fie astfel organizat încît să cuprindă săptămînal o plimbare de cîteva ore în aer liber, cu eforturi fizice moderate, proporționale cu capacitatea funcțională respiratorie. În programul zilnic se va introduce gimnastica respiratorie, efectuată în aer liber sau în cameră, în scopul antrenării bolnavului pentru schimbarea tipului respirator și trecerea la tipul de respirație abdominală. În acest sens, sînt recomandabile mișcările respiratorii care cresc durata expirației sau care obligă la respirație abdominală (întins pe spate, cu o greutate pe piept și cu toracele înfășurat în fești din material puțin sau deloc extensibil. Este vorba de o adevărată *autoreglare a respirației*, în care accentul se pune pe expirație. Se va sfătui bolnavul să facă mișcări respiratorii în care expirația să fie de 3—4 ori mai prelungită decît inspirația. În timpul expirației bolnavul trebuie să numere cu voce tare, astfel încît fiecare număr să fie pronunțat timp de o secundă. De obicei se reușește ușor să se numere pînă la cinci, după care se face o inspirație timp de o secundă. Se va căuta ca prin exerciții să se prelungească cît mai mult durata expirației. Antrenamentul și gimnastica respiratorie au drept țel final stabilirea controlului psihic al mișcărilor respiratorii, aspect deosebit de util atît în prevenirea, cît și în suprimarea crizelor de astm bronșic. Instruirea bolnavului trebuie să vizeze mobilizarea mușchiului diafragmei pentru respirația abdominală și mutarea efortului respirator la mijlocul expirației fiziologice (și nu la sfîrșitul inspirației, cum sînt ispitiți bolnavii să facă instinctiv). Ca să fie eficientă, gimnastica respiratorie trebuie făcută sub îndrumarea unui cadru competent, specializat în cultură fizică medicală. Efectuată în perioadele dintre crize, ea urmărește două obiective principale și anume: creșterea forței de expirație, care are ca urmare reechilibrarea mecanicii respiratorii și evitarea supradistensiei pulmonare, determinată de inspirațiile forțate pe care le efectuează bolnavii în mod spontan, precum și transformarea tipului respirator fiziologic, propriu fiecărui bolnav (costal superior sau costal inferior) în tip abdominal (diafragmatic), prin mobilizarea mușchiului diafragmei.

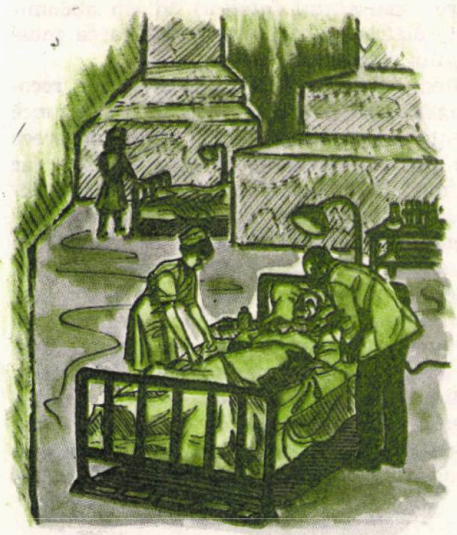
Reducerea mișcărilor respiratorii recomandate de medic necesită o muncă atentă și susținută cu bolnavul, deoarece ele sînt diametral opuse celor care se fac în mod normal sau în cursul oricărei activități de cultură fizică sau sport. În locul distensiei toracice și a retragerii planului anterior abdominal ***(pieptul înainte, abdomenul tras înapoi)***, gimnastica respiratorie a astmului bronșic recomandă efectuarea mișcărilor respiratorii pe seama — aproape exclusiv — a mușchiului diafragmei *(toracele retras, abdomenul proiectat înainte)*. Mișcările abdominale și diafragmatice trebuie făcute cu blîndețe, în reprize, pe o durată care să

nu obosească bolnavul. Pentru aceasta, poziția este cea șezînd pe scaun, cu capul sprijinit pe coatele fixate de marginea mesei.

Făcută cu răbdare, gimnastica respiratorie permite bonavului ca, după un timp, să-și poată controla respirația și astfel să poată suprima accesul de astm bronșic imediat ce a apărut. De asemenea, se pot corecta unele deformații ale cutiei toracice, care apar de obicei la persoanele la care astmul a debutat în copilărie.

Exagerarea valorii terapeutice a gimnasticii respiratorii poate fi — în anumite cazuri — dăunătoare, deoarece hiperventilația provocată de gimnastică poate accentua tulburările de ventilație pulmonară și, respectiv, senzația de lipsă de aer. De aceea, trebuie să se aibă întotdeauna în vedere acest aspect atunci cînd se recomandă gimnastica respiratorie : ea va fi indicată numai în formele ușoare și în stadiul inițial al bolii.

Regimul alimentar al astmaticului va trebui astfel întocmit încît să se îndepărteze alimentele cu potențial sensibilizant și cele bogate în substanțe histaminoliberatoare. Este preferabil să fie îndepărtate din alimentație toate preparatele care nu sînt indispensabile (raci, căpșuni, ciocolată, ton etc.). Cînd se bănuiește existența unui alergen de origine alimentară, se recomandă timp de 7—10 zile regim de cruditați sau chiar un post relativ, compus din : ceaiuri, compoturi și zeamă de lămîie. Introducerea progresivă a alimentelor permite, în unele cazuri, decelarea alimentului responsabil de manifestări alergice.



Acest regim de excludere are valoare limitată, deoarece rareori este posibilă evidențierea alergenului alimentar. Îndepărtarea din alimentație a unui aliment, urmată de ameliorare clinică evidentă, precum și reapariția acceselor de astm odată cu reintroducerea alimentului suspectat, constituie singurele dovezi ale relației cauzale aliment-criza de astm.

Valoarea regimului alimentar este destul de importantă în complexul terapeutic antiastmatic, deoarece printr-o alimentație corect dirijată se poate evita hipersensibilizarea, precum și tulburările echilibrului acido-bazic, iminente la astmaticii vechi, precum și la cei cu complicații cronice bronhopulmonare (bronșită cronică, emfizem pulmonar).

Cura balneoclimaterică este foarte utilă în tratamentul de fond al astmului bronșic, al terenului astmatic. Ea acționează prin mai multe mecanisme și anume :

— scoaterea bolnavului din mediul familial și de activitate ;

— repaus fizic și psihic (lipsa factorilor traumatizanți psihic) ;

— atmosferă mai puțin iritantă pentru mucoasa aparatului respirator, mai săracă în factori poluanți și în alergene.

Astmaticii beneficiază de cura de altitudine în localitățile situate între 1 000 și 1 500 de metri. Sînt de preferat anotimpurile cu umiditate minimă, deoarece umiditatea crescută a atmosferei poate precipita instalarea crizelor de astm bronșic. Cercetările efectuate asupra astmaticilor au dovedit o modificare durabilă a reacțiilor neurovegetative, în sensul creșterii tonusului sistemului simpatic după cura de altitudine de 30 de zile.

Pe lîngă mecanismele de acțiune ale curei de altitudine enunțate, s-a emis și ipoteza potrivit căreia modificările terenului astmatic au loc, în aceste condiții, ca urmare a stimulării activității glandelor suprarenale ; ele ar avea deci o valoare de corticoterapie endogenă, corespunzătoare unei cure medicamentoase cu doze medii, dar negrevată de efectele secundare nedorite ale tratamentului glucocorticoid.

Numeroși bolnavi de astm bronșic beneficiază de cura heliomarină. Foarte probabil însă că pe lîngă schimbarea mediului, raritatea alergenelor și existența în atmosferă a unor elemente cu acțiune hiposensibilizantă nespecifică, intervine și acțiunea de creștere a tonusului vegetativ simpatic, exercitată de acest climat.

Mai trebuie semnalat faptul că bolnavii cu astm bronșic beneficiază de cura de adîncime în minele de sare, constatare făcută întîmplător în timpul celui de-al doilea război mondial. Astfel, utilizarea în scop de adăpost antiaerian colectiv a unor mine de sare părăsite a ocazionat constatarea că starea bolnavilor cu astm bronșic în loc să se agraveze în aceste condiții, ea s-a îmbunătățit evident. Cercetarea sistematică a acestor aspecte a confirmat observațiile făcute inițial și a condus la introducerea curei de adîncime în minele de sare în complexul terapeutic al astmului bronșic. Aceasta constă în introducerea bolnavilor în saline, unde stau o durată variabilă de timp (de la o jumătate de oră pînă la 6 ore), cura durînd 18—25 de zile. Fără a se fi putut explica mecanismul acestei acțiuni, s-au emis ipoteze dintre care mai importante sînt : concentrația mare de sare în aerul din mină, cantitățile mari de sulf, iod, potasiu, precum și condițiile de temperatură, presiune și umiditate.

În numeroase țări, printre care și țara noastră, au fost amenajate multe mine de sare în acest scop, bolnavii avînd posibilitatea ca în timpul curei de adîncime să efectueze și activități recreative și productive, care necesită eforturi fizice reduse (lucru de mînă).

Majoritatea bolnavilor cu astm bronșic beneficiază de cura de ape minerale alcaline clorurosodice, arsenicale și chiar carbogazoase. Dintre stațiunile care îndeplinesc condițiile hidrominerale și pe cele climatice sînt : Olănești, Zizin, Șarul Dornei, Bodoc.

În crizele de astm bronșic de intensitate mică, înainte de a se recurge la medicamente, este util să se facă apel la o serie de procedee fizice sau mecanice, care au ca urmare suprimarea pe cale reflexă a spasmului musculaturii bronșice. Dintre acestea, foarte utile s-au dovedit :

Imersia extremităților în apă fierbinte — procedură care se realizează în vase speciale, de volum mare, în care se introduc membrele superioare (mîinile, antebrațele și brațele pînă la treimea lor superioară). Se introduc mîinile în vasul cu apă încălzită la 38—42°, unde se țin 2—5 minute ; operația se repetă de 3—5 ori. Se pot face și băi ascendente, în care caz temperatura apei se ridică progresiv de la 38—40° pînă la 45°.

Efectul binefăcător al acestui procedeu fizic se datorește acțiunii bronhodilatatoare pe care apa caldă o exercită printr-un mecanism reflex, al cărui punct de plecare îl constituie receptorii sensibilității termice din regiunea membrelor superioare. După o fază trecătoare de creștere a tonusului musculaturii bronșice, urmează o fază de relaxare, tradusă prin suprimarea crizei de astm. Existența fazei de latență în instalarea acțiunii acestui procedeu hidroterapic impune repetarea imersiei, astfel încît pentru obținerea unui rezultat bun este necesar un timp efectiv de 15—20 de minute.

Dușuri reci în regiunea cervicală. Se aplică un jet de apă rece, care prin acțiunea mecanică și termică exercită un efect stimulant asupra sistemului nervos vegetativ, în special asupra celui simpatic. Pentru ca efectul să fie maxim, se recomandă ca regiunea tratată să fie încălzită în prealabil (cu pernă electrică, săculeț cu nisip cald sau cu sare etc). Proiectarea jetului de apă rece nu trebuie să dureze mai mult de un minut, la nevoie putîndu-se repeta procedura de 2—3 ori.

Cînd este corect aplicată, afuziunea cu apă rece a regiunii cervicale poate să suprime unele crize de astm de intensitate mică sau medie.

Masajul manual al regiunii laterocervicale și temporale (pe care bolnavii și-l fac deseori singuri în mod instinctiv) poate fi util în crizele ușoare de astm, diminuînd intensitatea acestora sau chiar suprimîndu-le.

Diatermia — folosirea curenților de înaltă frecvență pentru obținerea unor efecte biologice în profunzime — poate fi utilă în cazurile în care accesele de astm bronșic sînt de intensitate mică, permițînd evitarea administrării de medicamente. Dintre curenții de înaltă frecvență, cei mai indicați în astm sînt cei cu capacitate mare de penetrare în straturile profunde ; aceștia sînt cei cu lungime de undă mică (100 pînă la 20 m). Acțiunea lor se datorește efectelor termice pe care le exercită în profunzime asupra spasmului musculaturii bronșice.

În general, după 10—15 minute de aplicare a unor doze care corespund la 19—21 de volți (doze calde), bolnavul are senzația unei ușurări a respirației, urmată de modificarea ritmului și frecvenței respirației. Comoditatea aplicării, simplitatea și accesibilitatea tratamentului constituie caracte-

ristici care indică o largă utilizare acestei metode. Imposibilitatea măsurării intensității curentului de înaltă frecvență în timpul administrării constituie singurul dezavantaj ; ne orientează însă în acest sens senzația de căldură percepută de bolnav.

Terapia cu ultrasunete este utilă, în unele cazuri, atît în vederea suprimării sau prevenirii crizelor de astm, cît, mai ales, pentru a crește eficacitatea medicamentelor antiastmatice.

Este vorba de vibrații sonore cu frecvență de 500 000—800 000 de perioade pe secundă (500—800 kHz), care acționează printr-un mecanism complex : *mecanic* (modificarea stării chimice a lichidelor organismului) ; *termic* (absorbția de către țesuturi a unei mari cantități de energie mecanică vibratorie); *biochimic* (accelerarea proceselor de oxidare și de hidroliză a moleculelor mari) și *biologic* (modificarea permeabilității de membrană a celulelor din regiunea tratată).

Băile de lumină au efect bun în multe cazuri de astm bronșic, fie suprimînd criza, fie crescînd eficacitatea celorlalți factori terapeutici. În acest scop, se folosesc băile parțiale de lumină, localizate la torace ; mecanismul de acțiune este legat de capacitatea radiațiilor infraroșii de a pătrunde în profunzime (mai puțin însă decît curenții de înaltă tensiune și ultrasunetele) și de a suprima spasmul musculaturii bronșice. În plus, mai intervine și acțiunea calmantă asupra sistemului nervos central și al celui vegetativ simpatic. Prin căldura dată de radiațiile infraroșii cu lungime de undă mai scurtă se obține o acțiune mai profundă decît cu agenții termici folosiți la procedurile hidrotermoterapice.

În crizele ușoare, care nu cedează la procedeele indicate anterior, se mai pot încerca *fumigații* cu țigări sau cu pulberi antiastmatice ; fumul rezultat din ardere trebuie inhalat profund. El provoacă de obicei unul sau mai multe accese de tuse cu expectorație și reducerea intensității sau chiar suprimarea crizei de astm bronșic.

Crizele intense, prelungite, repetate, impun administrarea unei medicații antiastmatice susținute. Alegerea preparatelor se va face numai de către medic, care va aprecia avantajele, cît și efectele secundare nedorite și contraindicațiile pe care le are fiecare dintre substanțele indicate.

Fabulă de Esop

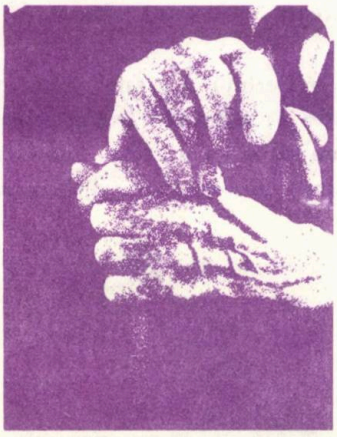
bătrîna și medicul

O bătrînică, slabă la vedere,
Chemă un doctor într-o zi la ea,
Și după ce l-a consultat, îi cere,
S-o vindece de boala ce-o avea.
Dar, doctorul, avea o rea manie :
De cîte ori venea la ea acasă
Să-i ungă ochii cu o alifie,
Îi lua și cîte-un obiect din casă.
Și azi așa, și mîine tot așa,
Bătrîna, îngrijită cu migală,
S-a vindecat de boala ce-o avea,
Dar a rămas, în schimb, cu casa goală.
Cînd medicul ceruse de la ea
Întregul onorariu, drept răsplată,
Bătrîna n-a vrut nici un ban să-i dea
Și medicul o dete-n judecată.
În fața tribunalului adusă,
Arhontele o-ntreabă răspicat :
— Ia, spune-mi, pentru ce nu ești dispusă

Să-i dai bani celui care te-a tratat ?
Femeia spuse : — Eu i-aș fi plătit,
Dar după tratament, să luați aminte,
Mă simt mai rău și vă declar cinstit,
Că văd acum mai prost ca înainte !
Că înainte de a fi tratată,
Vedeam clar, chiar un ac, cît e de mic,
Și tot ce-aveam în casa mea bogată,
Acuma însă nu mai văd nimic !

Traducere de
GABRIEL TEODORESCU

Profilaxia îmbătrînirii



„Înainte de a prelungi vîrsta oamenilor,
trebuie găsit mijlocul de a păstra pînă la sfîrșitul ei
activitățile organice și mintale"

(CARREL)

Prelungirea duratei vieții și a perioadei de activitate a omului constituie unul din obiectivele importante ale ocrotirii sănătății populației.

Abordînd unele aspecte ale gerontoprofilaxiei dintr-un unghi de vedere psihosocial nu înseamnă că celelalte probleme prezentate de la tribuna educației sanitare ar fi mai puțin importante — alimentația rațională, cunoașterea și prevenirea factorilor de risc și a îmbolnăvirilor care precipită îmbătrînirea prematură etc. — ci, aceste aspecte fiind mai puțin discutate, merită a fi cunoscute.

Pentru a putea înțelege cerințele prevenirii îmbătrînirii timpurii, este necesar să abordăm mai întîi două aspecte fundamentale care stau la baza celei de a treia vîrste. În primul rînd, trebuie precizat faptul că sănătatea psihofizică a vîrstei la care ne referim este în mare parte „opera" modului de viață adoptat pe parcursul celorlalte vîrste — tinerețea și maturitatea. Este știut că ignorarea cerințelor igienice, a cumpătării, opțiunea pentru excese, abuzuri, stau la baza îmbătrînirii precoce, a pierderii premature a vigorii, a alterărilor psihice, a diminuării capacităților intelectuale. În al doilea rînd, trebuie să se înțeleagă faptul că problemele îmbătrînirii nu vor putea fi rezolvate exclusiv pe calea unei terapeutici medicamentoase, oricît de eficace ar fi aceasta. Există convingerea sau, mai bine spus speranța, că medicina va găsi un medicament „miraculos", care să se adreseze unui complex de factori de natură atît de diferită, cum însumează îmbătrînirea.

Astăzi se poate vorbi despre o adevărată știință a îmbătrînirii, care cuprinde

principii, reguli, cerințe, în vederea pregătirii celor care au păşit în cea de a treia vîrstă. Dealtfel, necesitatea „pregătirii îmbătrînirii" a determinat înfiinţarea, în unele ţări, de „universităţi geriatrice", „cursuri de preretragere", „şcoală a vîrstnicilor", care oferă în mod organizat sau la cerere, sfaturi celor aflaţi în pragul vîrstei a treia.

O primă cerinţă a conservării sănătăţii psihice şi fizice, atestată de observaţii foarte vechi, priveşte **activitatea, munca.** Se ştie că „toţi cei care au ajuns pînă la adînci bătrîneţe au dus o viaţă foarte activă" — observa un mare gînditor cu aproape două sute de ani în urmă.

Încetarea activităţii profesionale prin retragere (pensionare) trebuie pregătită din timp, căutîndu-se alte activităţi care să capteze interesul, preocupările individului, să se opună dezinserării sale din viaţa activă. Acest lucru are totdeauna efecte tonice prin conservarea sentimentului de utilitate socială şi prin solicitarea continuă a funcţiilor organismului.

Păstrînd un grad crescut de activitate, individul este mai receptiv la stimulii senzoriali şi sociali, beneficiază de o mai mare gamă de interese, cooperează mai uşor cu persoanele din mediul său. Această stimulare senzorială şi socială constituie, la rîndul său, o formă de antrenament, un mijloc de menţinere şi chiar de reactivare a facultăţilor mintale. Persoanele al căror spirit rămîne activ (şi acest lucru trebuie cunoscut şi poate fi cultivat prin autoeducaţie), care prezintă o mai mare iniţiativă în domenii cît mai variate, care sînt bine informate cu ceea ce se petrece în jurul lor, a căror viaţă se intrică cu destinul altor persoane, îşi menţin valoarea facultăţilor intelectuale.

Şi dacă solicitarea se constituie ca un factor de activizare a funcţiilor organismului, „subsolicitarea", din contră, reprezintă un factor nociv, de precipitare a îmbătrînirii. Formula „abia aştept să mă pensionez, ca să mă odihnesc, să nu mai fac nimic", este profund dăunătoare, iar familia şi societatea, limitînd solicitarea, favorizează intervenţia nefastă a acestui factor.

O altă cerinţă a acestei vîrste este **capacitatea de adaptare.** Există persoane favorizate, care au o bună capacitate de adaptare la cele mai diverse situaţii ;

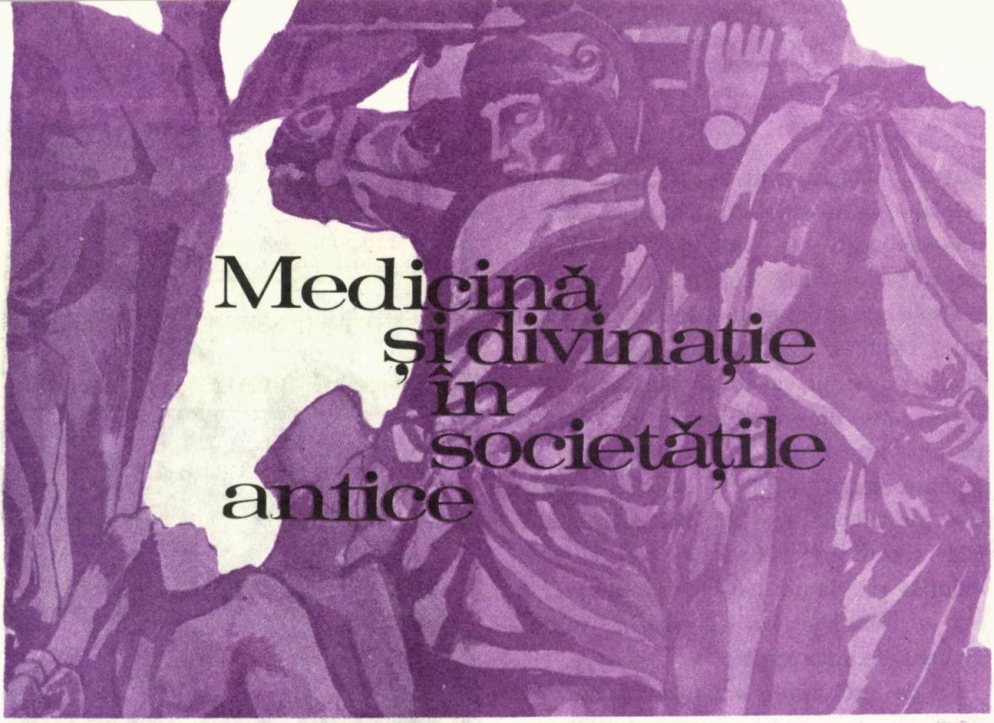
acestea, evident, sînt avantajate. Pentru celelalte, se impune educarea și stimularea adaptabilității la schimbări, deși firești, nefavorabile individului, cum ar fi: schimbarea situației profesionale, a statutului familial, desprinderea copiilor din familie, doliul, îmbolnăvirile etc. Este necesar deci un efort constant de adaptare pe plan intelectual, social, emoțional. Necesitatea autoeducării însușirilor adaptative individuale este impusă de schimbările biografice și situaționale; cu cît individul se va adapta mai bine ritmului crescut al schimbărilor, cu atît va întîrzia procesul de îmbătrînire.

Pe de altă parte, **organizarea timpului liber**, ocuparea acestuia cu activități recreative, distractive, care aduc satisfacții, bună dispoziție, relaxează, constituie o altă cerință. Dar și această cerință se impune a fi pregătită de timpuriu, deoarece este aproape imposibil ca în momentul retragerii să poată fi realizată o pasiune, o preferință. La această vîrstă, desigur, ne vom reîntoarce la unele pasiuni din tinerețe dacă, evident, le-am avut, le-am cultivat. Este vorba de preocupări artistice, artizanale, grădinărit, jocuri, sporturi, turism etc., toate aducînd beneficiul menținerii exercițiului fizic, dar și al celui intelectual.

În final, mă voi referi la o ultimă cerință, aceea a **ritmului**, care se traduce printr-o activitate ordonată, după programe zilnice și săptămînale; fiecare lucru trebuie făcut la timpul lui; la o oră stabilită. Alcătuirea și respectarea programelor zilnice se opune tărăgănelii, amînărilor (subsolicitării, cu alte cuvinte) și conservă vioiciunea gîndirii, capacitatea de muncă. În favoarea celor menționate pledează lista lungă a marilor creatori, care au avut

o activitate demnă de relevat pînă la vîrste înaintate și prin aceasta o bătrînețe armonioasă, fericită, plină de satisfacții.

DR. CONSTANTIN BOGDAN
Directorul Căminului-spital „Berceni"



Medicină și divinație în societățile antice

La societățile primitive, ca și la cele antice, de la care ne-au rămas documente scrise, au existat moduri de gîndire și doctrine care, în ansamblul lor, au fost numite *pneumatice,* deoarece se refereau la „spirit" *(pneuma,* în limba greacă antică). În rîndul acestora trebuie considerate mai întîi *religia,* apoi *magia, catartica* (arta purificării) și *divinația* (arta de a afla necunoscutul).

Medicina în societățile primitive folosește aceste discipline pneumatice, dezvoltînd o medicină sacerdotală, întemeiată pe religie, o medicină magică, în care diagnosticul și tratamentul se folosesc de vrăji, farmece și descîntece și, în sfîrșit, o medicină catartică, în care tratamentul constă în purificarea bolnavului „întinat, prihănit". În toate etapele actului medical, divinația a utilizat tehnicile cele mai diferite, pentru a afla felul bolii și pentru a ghici leacul, iar cei ce se ocupau cu arta vindecării nu erau cîtuși de puțin inițiați, nu erau vraci propriu-zis, ci, mai degrabă, prezicători, ghicitori, profeți, proorocitori, magi, astrologi, vaticinatori, haruspici etc. Această artă a ghicirii necunoscutului, denumită *mantica,* după numele grecesc, a creat o ramură deosebită a medicinii trecutului, *iatromanția,* adică medicina divinatorie, care încearcă să rezolve enigmele bolii, tratamentul și prognosticul unei afecțiuni prin mantică, prin divinație, prin ghicire.

În unele societăți primitive, *șamanul* cumula funcțiile de preot, prezicător, vrăjitor și vraci, el fiind obligat să ghicească boala, cauzele bolii și leacul acesteia. Pentru aflarea pricinilor care au determinat boala, dar și pentru aplicarea unui tratament, divinația era esențială, chiar dacă exista o relație directă între originea bolii și leacul administrat. Astfel, într-un fel era tratamentul în caz de vrăjitorie și în alt fel atunci cînd cauza bolii o constituia un duh rău, un dușman apropiat sau îndepărtat, un bărbat sau o femeie etc.

Tehnicile divinatorii în societățile primitive erau foarte felurite. Referindu-ne la șamanii siberieni, ei intrau, de cele mai multe ori, într-o stare extatică, oniroidă, fie prin ingerarea unei substanțe halucinogene, cum ar fi ciuperca *Amanita muscaria,*

fie prin rotirea cît mai repede pînă la pierderea cunoştinţei, fie prin alte tehnici. Aşa, de exemplu, Herodot relatează că sciţii aruncau seminţe de cînepă *(Cannabis sativa* sau *Cannabis indica)* pe pietre înroşite în foc, inhalînd fumul care le producea o stare de excitaţie. Or, după cum se ştie, din *Cannabis indica* se extrage haşişul, care pe lîngă o violentă stare de excitaţie psihomotorie produce şi halucinaţii vizuale şi auditive, deci o stare extatică, aşa cum aveau şamanii cînd făceau proorociri şi ghiceau. Dar procedeele şi tehnicile divinatorii sînt infinit de multe în societăţile primitive şi la civilizaţiile antice, din care menţionăm pe cele mai însemnate.

Se pare însă că cei care au utilizat într-o mare măsură arta de a ghici în medicină şi care au creat o medicină divinatorie au fost sumerienii şi continuatorii culturii lor, asiro-babilonienii. Pentru aceştia orice boală era supranaturală, provocată de un duşman invizibil, un spirit rău sau demon care intra în corpul bolnavului. Vindecarea depindea numai de expulzarea acestui duh rău, în care scop era necesară cunoaşterea numelui demonului vinovat de provocarea bolii, pentru a putea fi invocat, chemat, blestemat. Pentru a afla numele demonului care a pricinuit boala, în vederea diagnosticării şi a stabilirii medicaţiei magice sau empirice, mesopotamienii utilizau *hepatoscopia,* tehnică de divinaţie pe care au cunoscut-o şi etruscii, de la care au preluat-o apoi romanii, şi care consta în cercetarea bolilor, consistenţei, formei şi culorii ficatului unei oi care fusese jertfită pe altarul unui zeu. Mesopotamienii mai utilizau *lecanoscopia* sau *hidroscopia,* cercetarea picăturilor de ulei turnate în apa dintr-un vas, dar mai ales întrebuinţau *oniromanţia* — divinaţia prin vise. Se relatează că atunci cînd Alexandru cel Mare s-a îmbolnăvit mortal în Babilon (poate de paludism, poate de febră tifoidă), generalii săi au fost invitaţi să se culce şi să doarmă în templul zeului Marduk din Babilon, sperîndu-se că ei vor visa leacul bolii regelui macedonean, leac ce le era trimis de către zeu.

Dealtfel, mesopotamienii aveau preoţi însărcinaţi în mod special cu această divinaţie a bolilor, a remediilor şi a prognosticului unei afecţiuni oarecare, preoţi numiţi *baru.*

Dar mantica mesopotamiană, prin excelenţă, folosea astrologia, adică cercetarea mişcării astrelor, care era considerată cea mai sigură şi mai directă formă de exprimare a voinţei

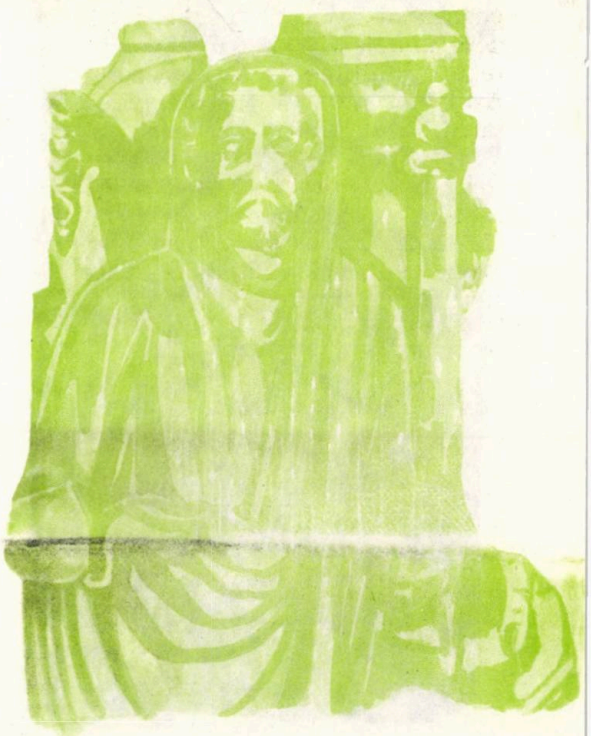
zeilor. Mişcarea astrelor, conjuncţiile, eclipsele puteau să indice astrologilor mesopotamieni soarta unui om, dacă acesta se vindecă sau nu de boala pe care o are, dar şi zilele şi perioadele cînd trebuia să i se administreze medicaţia. Medicina astrologică, care a luat o mare dezvoltare în evul mediu, este în esenţă o medicină divinatorie de origine babiloniană, unde divinaţia se făcea cu ajutorul astrologiei.

Legătura dintre mersul ciclic al planetelor şi unele aspecte în evoluţia cîtorva afecţiuni a fost observată de timpuriu de asiro-babilonieni, iar previziunile astrologice au fost preluate şi de medicii greci ai şcolii hipocratice, care au enunţat doctrina lor referitoare la zile „critice" în patologie, adică despre meteoropatologie, domeniu atît de discutat şi astăzi.

Pe de altă parte, în lumea greacă, de cele mai multe ori, bolnavii de diferite afecţiuni se adresau oracolelor, atît de numeroase, pentru a afla leacul suferinţei lor sau dacă, dimpotrivă, vor muri. Aceasta se petrecea mai ales către sfîrşitul perioadei clasice şi în cea elenistică, care a fost numită pe drept cuvînt „vîrsta de aur a oracolelor medicale". Oracolele medicale s-au înmulţit în toate oraşele greceşti ; după credinţa greacă, hotărîrile „Destinului" — care era superior tuturor zeilor — nu erau cunoscute decît de Zeus, iar acesta nu avea decît un singur confident, pe zeul Apolo, profetul său, zeul care dezvăluia viitorul, necunoscutul prin excelenţă. Aşadar, divinaţia mantică greacă a avut drept creator pe Apolo, şi în legătură cu aceasta, Hipocrate scria : „Medicina şi divinaţia sînt surori bune, căci aceste două ştiinţe au acelaşi tată, pe Apolo".

Dealtfel, marele tragedian grec Eschil l-a numit pe Apolo „prezicător medic", iar unii dintre greci afirmau chiar că zeul medicinii, prin excelenţă Asklepios, nu putea să vindece decît graţie revelaţiilor ce i le făcea tatăl său Apolo, creatorul medicinii divinatorii.

După cîteva secole însă, Asklepios devine un zeu care are templele şi, mai ales, oracolele sale. Căci trebuie făcută o distincţie netă între serviciul de consultaţii medicale ataşat de confreria medicilor asklepiazi unei capele consacrate strămoşului lor zeul Asklepios şi un oracol al lui Asklepios, sursă de revelaţie, care permitea bolnavilor să intre în relaţii directe cu zeul ce li se arăta în vis, în sala de incubaţie a oracolului, unde le indica leacul care avea să-i vindece. Incubaţia cu visele şi viziunile nocturne a rămas atît la greci, cît şi la romani, metoda de predilecţie a divinaţiei medicale. Distingem un oarecare antagonism între divinaţia medicală practicată în templele cu oracol ale lui Asklepios (în număr de aproape o sută în Grecia) şi ştiinţa tradiţională



a asklepiazilor, care făceau operaţii chirurgicale şi posedau tratamente pe care jurau să nu le dezvăluie nimănui din afara confreriei lor.

Se pare că iatromantica şi revelaţiile în vis ale bolii şi ale tratamentului s-au născut în Grecia antică, sub influenţa Egiptului faraonic, unde incubaţia era practicată în templele zeiţei Isis, soţia lui Osiris, care descoperea leacul corespunzător celui ce dormea în templul ei. Dealtfel, în Egiptul antic, copiii erau puşi adesea să doarmă în temple, pentru a povesti visul lor şi pentru a afla astfel tratamentul unei boli.

Pe de altă parte, cultul zeului egiptean Serapis, rival al lui Asklepios, avea şi el oracole medicale. Avem unele date despre modul cum se produceau aceste vise în sălile de incubaţie ale templelor-oracole ale lui Asklepios, adică despre tehnica dirijării viselor în aceste oracole. Adormirea era precedată de cîteva zile de post, apoi de rituri de purificare, cu dese îmbăieri şi, în sfîrşit, se povesteau o mulţime de legende legate de Asklepios şi de vindecările sale. Noutatea spectacolului din acest oracol, aşteptarea şi neliniştea care precedau somnul, dar, probabil, şi băuturile bazate pe decocturi de capete de mac făceau pe bolnav să adoarmă, gîndindu-se la şarpele enigmatic, care era simbolul şi întruparea zeului, dar şi la toate miracolele ce se petrecuseră în acele temple-oracole. Dimineaţa, la cîntatul cocoşului — pasărea iubită de zeul Asklepios — bolnavul aducea la cunoştinţa preoţilor acestor oracole visul pe care l-a avut noaptea, iar preoţii prefăceau viziunile nocturne în ordonanţe medicale. Alteori, zeul dădea bolnavului răspunsul său scris şi sigilat sau se arăta în persoană suferindului, care se deştepta astfel vindecat.

Desigur, existau şi explicaţii pertinente pentru eşecurile terapeutice : erau boli pe care zeul nu putea, iar altele pe care nu voia să le vindece. Asklepios nu vindeca bolnavii condamnaţi de Destin, nici pe aceia ale căror suferinţe se datorau viciilor.

Uneori, cînd zeul lipsea din templul-oracol, vindecarea nu avea loc.

Medicina profetică a cunoscut însă o puternică dezvoltare la iudei, aproape în aceeaşi epocă în care iatromantica căpătase la grecii vechi o mare răspîndire. Deşi se menţionează unele vindecări făcute de proorocii canonici, se pare că cei care au practicat intens iatromantica au fost esenienii, enigmaticii autori ai Manuscriselor de la Marea Moartă. Esenienii, care s-au stabilit în Egipt, şi-au dat numele de „therapeuţi", ceea ce înseamnă medici, iar denumirea de *esei* ş-a afirmat că derivă de la cuvîntul aramaic, *ase*, adică medic.

Este sigur că esenienii erau medici iscusiţi, folosind în scopul vindecării — aşa după cum a arătat Iosif Flaviu, marele istoric iudeu din vremea aceea — printre alte mijloace, plante şi pietre (litoterapie). Atît Iosif Flaviu, cît şi Filon din Alexandria au afirmat că esenienii aveau vise pe care le înfăţişau terapeuţilor, cu scopul de a-i vindeca pe bolnavi. Dealtfel, esenienii îşi dădeau chiar numele de *prooroc*, şi în această calitate puteau face proorociri despre mersul bolii unor pacienţi sau despre tratamentele ce trebuiau aplicate, aidoma preoţilor oracolelor greceşti, contemporani lor. Ei se mai numeau şi proroci mincinoşi sau falşi profeţi, deoarece pretindeau că ştiu cele necunoscute şi cele viitoare.

De fapt, edificarea gîndirii ştiinţifice medicale a fost un proces lent, continuat de-a lungul a multor veacuri şi întrerupt adesea de numeroase rătăciri, cum a fost iatromantica, medicina divinatorie.

DR. C. *DANIEL*
POLICLINICA „BATIŞTE"

Dezlegările jocurilor rebusiste

LA MEDIC : MELINESCU ; BO ; ORAȘ ; CONSULT ; LITIAZĂ ; AL ; O ; IT ; STETOSCOP ; ERA ; AMAR ; ENE ; REPARA ; DORIN ; EMANA ; SOC ; XI ; IT ; XA ; N ; VI ; LEIȚI; TAS ; SI ; E ; ELEMENTE ; S ; AD ; O ; ARTRITE ; CRISTINA ; SER ;

MEDICINA ÎN ROMANUL ROMÂNESC CONTEMPORAN : CONTRAVIZITE ; I ; INEVITABIL ; OR ; ANUL ; I ; CV ; BOB ; OAMENI ; I ; ADAM ; BACE ; MN ; NILOTI ; RADU ; UCI ; ILEA ; ANA ; ANIN ; ANUTA ; D ; TOAST ; VIE ; UI ; NR ; IA ; LAC ; PORA ; C ; STANA ; ANASTASIU ; UZ.

DESPRE SOMN : PESCAR ; PANA ; INERȚIE; PAT ; RECE ; U ; NANI ; O ; ADORMI ; AN ; ȚEȚE ; IUNA ; T ; IMI ; O ; SOLZI ; I ; SFAT; BOT ; INOT ; GAZAR ; AERISITE ; IC ; TS ; MOȚĂIT ; E ; ACLAMA ; LICA ; CURTATE ; VIS.

FRUCTELE — SURSĂ DE VITAMINE : MONICA ; ADINA ; IRITA ; ANIA ; G ; G ; CARUTA ; MAR ; DAI ; TRÎNDĂVI ; ADONIS ; AO ; IS ; LADA ; IOSIF ; E ; EMANA ; CINIC; A ; TAUTU ; ARII ; MIA ; TELL ; STU ; AV ; N ; MASA ; IR ; RĂFUI ; R ; PERE ; ENACHE ; CIREȘ.

PROBLEME DE ALIMENTAȚIE : APETIT; RAVAS ; CAS ; LACOM ; PE ; ACTE ; CASATE ; SAU ; E ; TINARĂ ; ALĂPTARE ; MIN; IRONIE ; RATA ; ST ; RAC ; MARIN ; A ; UT; ISPRAVĂ ; LĂMÎI ; ATA ; ES ; ALAIURI ; UO; I ; TIN ; TOBA ; RA ; ACIDE ; ARDEIA.

FĂRĂ DURERI DE CAP ; DEZNĂDĂJDUITĂ ; EXACT ; MULT ; AP ; S ; P ; ARAD ; UITA ; CEAS ; GREU ; PAR ; U ; CAP ; IC ; SE ; A; RAI ; INTACT ; CR ; CUTERE ; TEATRE ; AT ; LOTCA ; REE ; ROM ; TOT ; MUSIL ; ERUDIT ; TAITEI ; TINUT ; CRATERE.

POESIS : BOLINTINEANU ; L ; ELIOT ; AMOR ; AGS ; CLAR ; ORE ; NINSI ; RAU ; IC ; DUET ; BANUȘ ; H ; IRA ; VISE ; APE ; AG ; TUSITI ; I ; NICE ; A ; TĂUTU ; AULIC ; SI ; NUT ; COCORA ; ASTA ; CARICATURA ; N.

Dietetică : **Mîncare fără sare (M-în-ca-re-fără-s-are)**

Antibiotic : **Aureomicina (Au-re-o-mi-c-în-a)**

Pentru nou-născuți : **Alăptare (A-la-p-t-are)**

Cardiacă : **Auricule (Au-r-i-cu-le)**

La analize : **Pe nemîncate (Pe-ne-m-în-ca-te)**

Copertă literară **(4, 9 ; 8, 7) : Paul Georgescu : „Doctorul Poenaru".**

Copertă literară (5, 7 ; 6) : **Marin Sorescu : „Tușiți"**

Cărți de vizită : **Medic pediatru — Brăila ; medic stomatolog — Urziceni.**

De gustibus : **Miere — fiere**

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

Lei 12

EDITURA MEDICALĂ